



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

TESIS

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO IN SITU ADSCRITAS AL SERVICIO DE CLINICA DE COLPOSCOPIA Y DISPLASIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES ENERO 2012 – JUNIO 2013”

PRESENTA

Erika Roxana Torres Alba

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

TUTOR

Dra. Ana Hortensia López Ramírez

Aguascalientes, Ags., 27 de Febrero de 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

ERIKA ROXANA TORRES ALBA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO IN SITU ADSCRITAS AL SERVICIO DE CLÍNICA DE COLPOSCOPIA Y DISPLASIAS DEL HGZ NO. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES, ENERO – JUNIO 2013.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., 26 de Febrero de 2014.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo





CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Erika Roxana Torres Alba

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO IN SITU ADSCRITAS AL SERVICIO DE CLINICA DE COLPOSCOPIA Y DISPLASIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES ENERO 2012 – JUNIO 2013.”

Número de Registro: **R-2013-101-16** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Erika Roxana Torres Alba asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE

Dra. Ana Hortensia López Ramírez
Asesor Metodológico y Clínico



Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero del 2014

Dr. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Erika Roxana Torres Alba

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO IN SITU ADSCRITAS AL SERVICIO DE CLINICA DE COLPOSCOPIA Y DISPLASIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES ENERO 2012 – JUNIO 2013.”

Número de Registro: **R-2013-101-16** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Erika Roxana Torres Alba asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Alberto Prado A.'.

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar

Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme todo lo que soy y lo que tengo, por permitirme llegar hasta este punto de mi vida.

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

A mi madre (q. e. p. d.), que desde donde quiera que este cuida e ilumina mi vida.

A mi padre, que está presente en los momentos indicados.

A mi hermana, por ser mi compañera y apoyarme en este camino.

A mis profesores, que me condujeron hacia el grato y emocionante universo del conocimiento de la Medicina Familiar.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, quien me extendió su noble mano para permitirme alcanzar mi superación profesional.

A la Universidad Autónoma de Aguascalientes, quien me abrió sus puertas una vez más para alcanzar un nuevo logro académico.

DEDICATORIA

A mi familia, con mucho cariño por ser fuente de mi inspiración, voluntad y motivación, así como motor de mis retos inquietudes y anhelos: Estela, Gerardo, Elva, Javier y Marian; no los defraude

A mi madre, Estela, (q. e. p. d.) que siempre está conmigo donde quiera que valla.

A mi padre, Gerardo, fuente inagotable de fortaleza.

A todos los pacientes, que son como un libro el cual solo tenemos que abrir (al escucharlos) para comprender su dolor e intentar mitigarlo.

A todas y cada una de las personas que han estado en mi vida y por ende han formado parte de mi viaje por este mundo y de mi historia, ya que mi éxito es en gran medida suyo también.

A mis compañeros por todos los momentos vividos en esta aventura llamada Residencia

INDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL..... 1

INDICE DE TABLAS..... 4

INDICE DE FIGURAS..... 5

ACRONIMOS..... 6

RESUMEN..... 7

ABSTRACT..... 8

INTRODUCCIÓN..... 9

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 11

 I.A. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio 11

 I.B. Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, o delegación de estudio..... 12

 I.C. Descripción del sistema de atención de la salud..... 12

 I.C.1. Nivel legislativo..... 12

 I.C.2. Nivel político..... 14

 I.C.3. Nivel operativo..... 14

 I.D. Descripción de la distribución del problema..... 15

 I.E. Descripción de la gravedad del problema..... 16

 I.F. Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema..... 17

 I.G. Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo..... 19

 I.H. Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema..... 19

 I.I. Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizara para solucionar el problema..... 21

 I.J. Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema..... 21

 I.J.1. Funcionalidad familiar..... 21

 I.J.2. Familia funcional..... 22

 I.J.3. Familia disfuncional..... 22

 I.J.4. Homeostasis y morfogénesis..... 22

 I.J.5. Colposcopia..... 22

 I.J.6. Displasia..... 22

 I.J.7. Cáncer cérvico uterino..... 23

 I.J.8. Carcinoma in situ..... 23

 I.K. Descripción de la naturaleza del problema: Discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen el estado del arte en conocimiento del problema..... 23

II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS..... 25

III. JUSTIFICACION..... 31

IV. MARCO TEORICO.....	33
IV.A. Funcionalidad familiar.....	33
IV.A.1. Familia.....	33
IV.A.1.1 Funciones básicas de la familia.....	33
IV.A.2. Funcionalidad familiar.....	34
IV.A.2.1 Dinámica familiar.....	34
IV.A.2.2 Estructura familiar.....	35
IV.A.2.3 Salud familiar.....	36
IV.A.2.4 Familia funcional.....	36
IV.A.2.5 Familia disfuncional.....	36
IV.A.2.6 Componentes de la funcionalidad familiar.....	36
IV.A.2.7 Funcionalidad familiar en enfermedad.....	38
IV.A.3. Teorías de funcionalidad familiar.....	38
IV.A.3.1 Teoría de los sistemas.....	39
IV.A.3.2 Modelo de funcionamiento familiar de McMaster.....	41
IV.A.3.3 Modelo estructural de terapia familiar.....	42
IV.A.3.4 Modelo circuplejo.....	43
IV.A.3.5 Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel.....	44
IV.A.3.6 Funcionalidad familiar mediante FUNQUI.....	45
IV.B. Cáncer cérvico uterino.....	48
IV.B.1. Cáncer.....	48
IV.B.2. Cáncer cérvico uterino.....	48
IV.B.2.1 Carcinoma in situ.....	48
IV.B.2.2 Etapas del cáncer cérvico uterino.....	48
IV.B.2.3 Seguimiento.....	52
IV.B.3. El cáncer cérvico uterino y la funcionalidad familiar.....	52
V. OBJETIVOS.....	54
V.A. Objetivo general.....	54
V.B. Objetivos específicos.....	54
VI. HIPOTESIS DEL TRABAJO.....	55
VI.A. Hipótesis alterna.....	55
VI.B. Hipótesis nula.....	55
VII. MATERIAL Y METODOS.....	56
VII.A Diseño del estudio.....	56
VII.B Población de estudio.....	56
VII.B.1 Universo de trabajo.....	56
VII.B.2 Unidad de análisis.....	56
VII.B.3 Criterios de inclusión.....	56
VII.B.4 Criterios de no inclusión.....	56
VII.B.5 Criterios de exclusión.....	56
VII.C Muestreo.....	57
VII.C.1 Tipo de muestreo.....	57

VII.C.2	Tamaño de la muestra.....	57
VII.D	Logística.....	57
VII.E	Recolección de datos.....	58
VII.F	Técnica de recolección de datos.....	58
VII.G	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	59
VII.G.1	Procesamiento de datos.....	59
VII.G.2	Plan de análisis.....	59
VII.H	Transformación de datos.....	59
VII.I	Descripción del instrumento.....	59
VII.I.1.	Conformación y calificación.....	59
VII.I.2.	Validez del instrumento.....	62
VII.J	Descripción de variables.....	62
VII.J.1.	Variable dependiente.....	62
VII.J.2.	Variable independiente.....	62
VII.J.3.	Variables nominales.....	62
VII.K	Aspectos éticos.....	62
VII.L	Recursos financieros y factibilidad.....	63
VIII	RESULTADOS.....	64
IX	DISCUSION DE RESULTADOS.....	66
X	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	68
XI	RECOMENDACIONES.....	69
	CONCLUSIONES.....	70
	GLOSARIO.....	71
	BIBLIOGRAFÍA.....	73
	ANEXOS.....	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Áreas y formato de calificación de instrumento FUNQUI..... 61



INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estadificación de cáncer cérvico uterino; una visualización anatómica de las etapas del cáncer cervical definidas por localización, extensión de tumor, frecuencia de presentación y sobrevida a 5 años..... 51



ACRONIMOS

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
HGZ	Hospital General de Zona
LGS	Ley General de Salud
LSS	Ley del Seguro Social
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PRONASA	Plan Nacional de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
IRFA	Instrumento de Repercusión Familiar
APGAR	Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto y Recursos
FACES	Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UTIP	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica
CLINDI	Clínica de Inmunodeficiencias
VPH	Virus del Papiloma Humano
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
CIS	Carcinoma In Situ
TGS	Teoría General de los Sistemas
a	Correlación ajustada
p	Probabilidad de error al comparar dos o más muestras o grupos cuando aseguramos que ambos son diferentes.
IC	Intervalo de Confianza
R ² a	Coeficiente de correlación ajustado

RESÚMEN

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO IN SITU ADSCRITAS AL SERVICIO DE CLINICA DE COLPOSCOPIA Y DISPLASIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES ENERO 2012 – JUNIO 2013”

La funcionalidad familiar es la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de la familia; en una familia que afronta una enfermedad grave la funcionalidad dependerá de la magnitud percibida y vivida, además de la duración de la situación a afrontar, la vida con una enfermedad grave puede tener efectos en la familia en reorganización de las funciones de sus integrantes. Los familiares de los pacientes oncológicos experimentan angustia permanente de muerte del enfermo y participación de todos los integrantes en el cuidado del enfermo, así como mayor soporte y unión familiar. El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública en México, ocupa el segundo lugar como causa de muerte en mujeres de 20 años y más. El objetivo de esta investigación fue determinar la funcionalidad familiar en mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ adscritas al servicio de clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de Zona No 1 (HGZ No. 1) del IMSS. Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, en 43 mujeres con cáncer cérvico uterino atendidas en la Clínica de Colposcopia y Displasias del HGZ No1 del IMSS Delegación Aguascalientes, las cuales constituyen una muestra por conveniencia, no aleatoria, tipo censo a partir del diagnóstico de oncopatología cervical in situ ocurrido en el periodo de enero 2012 a junio 2013. La funcionalidad familiar fue valorada mediante el instrumento FUNQUI, el cual posee un Alfa de Cronbach de 0,87, cuenta con 29 ítems que miden 10 áreas: cuidados en la enfermedad, violencia, sexualidad, cuidados de la salud, límites, jerarquías, tareas en casa, afecto, socialización interna, y socialización externa. Se obtuvo que el 90.7% de las mujeres tienen una funcionalidad familiar conservada; no existe asociación entre las variables sociodemográficas y la funcionalidad familiar ($p > 0.05$), se encontró un valor de $R^2_a = -0.058$ que nos indica que a medida que disminuye cada variable sociodemográfica no aumenta la funcionalidad familiar. Se concluye que se acepta H_0 , la funcionalidad familiar no se encuentra alterada en mujeres con cáncer cérvico uterino in situ.

ABSTRACT

**"FAMILY FUNCTION IN WOMEN WITH DIAGNOSIS OF CERVICAL
CANCER IN SITU ATTACHED TO THE SERVICE OF CLINIC
COLPOSCOPY AND DISPLASIAS OF THE GENERAL HOSPITAL OF
ZONE No. 1 OF THE MEXICAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY
DELEGATION AGUASCALIENTES JANUARY 2012 - JUNE 2013"**

Family functioning is systemic relational dynamic that occurs between family members, in a family facing a serious illness functionality depends on the perceived and lived magnitude, plus the duration of the situation to face, life with a disease can have serious effects on family reorganization of the functions of its members. Family members of cancer patients experience permanent anxiety of death the patient and participation of all members in the care of the sick, as well as added support and family togetherness. The cervical cancer is a public health problem in Mexico, ranks second as a cause of death in women aged 20 years and over. The objective of this research was to determine family functioning in women diagnosed with cervical cancer in situ attached to the service of colposcopy and dysplasias of the General Hospital of Zone No 1 (HGZ No. 1) of the IMSS. A cross-sectional, descriptive, observational study in 43 women with cervical cancer treated at the Clinic for Colposcopy and dysplasias of HGZ No1 IMSS delegation Aguascalientes, which constitute a convenience sample, not random, census type from diagnosis oncopatology in situ cervical occurred in the period from January 2012 to June 2013. Family functioning was assessed by the FUNQUI instrument, which has a Cronbach's alpha of 0.87, has 29 items that measure 10 areas: care in sickness, violence, sexuality, health care, boundaries, hierarchies, tasks home affection, socialization internal and external socialization. It was found that 90.7 % of women have a conserved family functioning, no association between sociodemographic variables and family functioning ($p > 0.05$), exists a value of $R^2a = -0.058$ which indicates that with decreasing each was found socio-demographic variable does not increase family functioning. We conclude that H_0 is accepted, family functioning is not impaired in women with cervical cancer in situ.

INTRODUCCIÓN

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital familiar, es decir, es la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de la familia, esta se da manera circular (lo que hoy es causa mañana puede ser efecto y viceversa). La funcionalidad de una familia que afronta una enfermedad grave dependerá de la magnitud percibida y vivida, además de la duración de la situación a afrontar, lo que puede ocasionar efectos en la reorganización y expectativas familiares con respecto al futuro.

En estudios previos se obtuvo como resultado que los familiares de los pacientes oncológicos experimentan angustia permanente de muerte del enfermo y participación de todos los integrantes en el cuidado del enfermo, así como mayor soporte y unión familiar. También se aprecia que las mujeres con cáncer cérvico uterino conservan su funcionalidad familiar.

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio de la unión escamocolumnar del cérvix en la cual todo el epitelio, o la mayor parte de él, muestra aspecto de carcinoma. Este tipo de cáncer es un problema importante de salud pública en México, ya que en las mujeres de 20 y más años es una de las principales causas de muerte por tumores malignos, ocupando el 10.4% del total de las defunciones y el segundo lugar como causa de mortalidad en 2011.

El instrumento FUNQUI fue creado para valorar la funcionalidad familiar en población mexicana, consta de 10 dimensiones: cuidados en la enfermedad, violencia, sexualidad, cuidado, límites, jerarquías, tareas en casa, afecto, socialización interna y externa. Cada una de las dimensiones antes mencionadas posee un concepto.

Cuidados en la enfermedad se refiere al cuidado que se tiene en el proceso salud enfermedad, con el fin de asistir a la persona enferma para llevarla hacia la salud o evitar complicaciones. *Violencia* es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo. *Sexualidad* abarca el sexo las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad la reproducción y la orientación sexual. *Cuidado* es la función básica de la familia que consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias. *Límites* se refiere a las reglas que definen quienes y como participan en las actividades. *Jerarquías* se refieren a los niveles de autoridad dentro de la familia. *Tareas*

en casa se refiere a la asignación de actividades dentro del hogar. *Afecto* es todo comportamiento de ayuda o protección. *Socialización interna* es aquella que se lleva a cabo dentro del núcleo familiar y prepara al individuo para la *socialización externa* que es la capacidad de transformación de un individuo dependiente en uno independiente.

Se estudió la funcionalidad familiar mediante el instrumento FUNQUI con el objetivo de conocer cómo se encuentra está en pacientes con cáncer cérvico uterino para poder caracterizarla y en estudios posteriores poder realizar intervenciones en este grupo en lo referente a la conservación de la Funcionalidad Familiar.



I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.A. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

México cuenta con una población total de 112'336,538 habitantes, de los cuales 54'855,231 (48.83%) son hombres y 57'481,307 (51.15%) son mujeres (3), a nivel estado, Aguascalientes tiene una población de 1'184,996 habitantes de estos el 51.33% (608,358) son mujeres y el 48.77% (576,638) son hombres (4). En el municipio de Aguascalientes existen 797,010 habitantes, divididos en 51.51% mujeres y 48.49% hombres (3).

De lo anterior se obtiene que a todos los niveles poblacionales – nacional, estatal y municipal – la distribución por sexo es similar con predominio de sexo femenino y una relación hombre/mujer de 95.4 a nivel nacional y 94.8 a nivel estatal (4).

Hablando de la situación conyugal de los mexicanos, encontramos en la población de 12 años y más el 40.5% son casados, el 35.2% solteros, el 14.4% habita en unión libre, el 4.4% son viudos, un 3.7% se encuentran separados, el 1.5% divorciados y el 0.3% no especifican situación conyugal (4). En cuanto a la situación conyugal de la población en el estado de Aguascalientes existen los siguientes porcentajes: un 46.1% casada, el 36.8% soltera 1.9% divorciada, 2.6 % separada, 3.7% viuda y 0.2% no especifica su situación conyugal (4).

En cuanto a los hogares censales, México cuenta con 28'159,000 hogares (5). En Aguascalientes existen 289,385 hogares dentro de los cuales prevalecen los de tipo familiar (nucleares, ampliados, compuestos) con 265,506 hogares (91.8%) que agrupan una población de 1'151,869 habitantes; los de tipo no familiar (unipersonales, de copresidentes) son 23,879 hogares (8.2%) y constituyen 25,805 personas (7). De cada 100 hogares 77 son llevados con jefatura masculina y 23 con femenina (40).

Del total de la población mexicana, un 64.6% (72,514,513) cuenta con algún tipo de seguridad social; del cual el IMSS ocupa el 31.5% de las derechohabientes (4). En el estado de Aguascalientes contamos con 930,149 derechohabientes que corresponden al 78.5% (2, 4), y de ellos tenemos que el 44.8% corresponde al IMSS, por lo que 44 de cada 100 personas tienen derecho a los servicios médicos del IMSS a nivel estatal (4). Con los datos anteriores se aprecia que Aguascalientes cuenta con un porcentaje mayor

de derechohabencia con respecto al promedio nacional y el IMSS abarca la mayoría en cuanto a población derechohabiente.

A nivel delegación Aguascalientes, el IMSS posee un registro de 621,689 derechohabientes, de los cuales el 52.38% son mujeres, y el 47.62% son hombres (4).

El IMSS Aguascalientes cuenta con 11 Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 2 Hospitales Generales de Zona (HGZ) (26); dentro de cuyos hospitales se encuentra una clínica de colposcopia y displasias, en cada uno, lugar donde son atendidas las pacientes con cáncer cérvico-uterino in situ.

I.B. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD EN INSTITUCIONES DE SALUD, EN UN ESTADO, MUNICIPIO, O DELEGACIÓN DE ESTUDIO

La gran variedad de cambios sociales y económicos que están ocurriendo en nuestro país y que son causa y consecuencia de la transición demográfica que repercute en la morbi-mortalidad de los individuos en lo singular y en la conformación de las familias en lo plural, repercuten en la forma en que se presenta el proceso de salud-enfermedad, el cual solo tiene atención en su momento de enfermedad, situación que es prioritaria para los sistemas de salud en México (77).

Las instituciones de salud en México están caminando hacia la resolución del problema de salud, fundamentando sus sistemas de atención en el médico familiar, también llamado de primer contacto (caso del IMSS e ISSSTE), y en la atención primaria (como es el caso de la Secretaría de Salud), por lo que la preparación de dichos especialistas será una de las prioridades en el mediano plazo para nuestro país (77), sin embargo esta situación aún está en proceso.

I.C. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

I.C.1. NIVEL LEGISLATIVO:

Tenemos que la atención en salud esta consignada en varios documentos.

Dentro de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** el Artículo 4º establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; además versa que

“el varón y la mujer son iguales ante la ley y esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia” (7).

En la **Ley General de Salud (LGS)** su artículo 77 bis 4 menciona “la unidad de protección será el núcleo familiar” (8).

A nivel estatal, se cuenta con la **Ley de Salud del Estado de Aguascalientes** en la cual su Artículo 7º refiere que el Sistema Estatal de Salud en su objetivo IV estipula “dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad”; además en su Artículo 73 indica que las autoridades sanitarias estatales, municipales, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán, entre otras cosas, las actividades recreativas de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes; en el Artículo 83 Bis 5 se especifica que “gozarán de los beneficios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los requisitos” (11).

Dentro del **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud**, se encuentra, en el Capítulo X, el Artículo 28 indica que corresponde a la Dirección General de Promoción a la Salud el promover el desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar y colectiva (9).

La **Ley del Seguro Social (LSS)** en su Artículo 210 menciona que las prestaciones sociales institucionales serán proporcionadas mediante programas de mejoramiento de la calidad de vida a través de estrategias que aseguren costumbres y estilos de vida saludables, que propicien la equidad de género, desarrollen la creatividad y las potencialidades individuales, y fortalezcan la cohesión familiar y social; en el artículo 240 refiere “todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros”; finalmente, dentro del Artículo 251 especifica que: el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones para administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley (10).

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, establece en su Artículo 2 (dentro del Capítulo I) las definiciones aplicables a este reglamento, de las cuales nos compete la de médico familiar el cual es el “especialista en

Medicina Familiar o el profesional de la medicina, responsables de proporcionar atención médica primaria, integral y continua al individuo y su familia, que se vincula y comparte responsabilidad con el equipo de salud y que, en su caso, deriva oportunamente a los pacientes a otro nivel de atención” (12).

I.C.2. NIVEL POLÍTICO:

Se encuentra referenciado en el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional de Salud y el Programa Sectorial de Salud, los cuales se detallan a continuación.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) establece como Objetivo 18 “Desarrollar una política pública dirigida a la familia, entendida en su diversidad y complejidad, con el fin de reducir la vulnerabilidad social mediante la promoción y fortalecimiento como ámbito natural de prevención y desarrollo” (13).

El **Plan Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA)** contempla a la familia, en conjunto con niños y jóvenes, como grupo prioritario para igualdad de oportunidades, ya que la centralidad de la familia en el proceso del desarrollo humano plantea la necesidad de impulsar acciones que ayuden a consolidar los procesos de formación y de realización que se verifican en su interior (14).

En el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA)** se encuentra plasmado el diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia como línea de acción de estrategia 2 de PROSESA (15).

I.C.3. NIVEL OPERATIVO:

Está conformado por Guías de práctica clínica, Normas Oficiales Mexicanas y Programas operativos.

Guía Clínica de Orientación y Psicoterapia Familiar, la cual fue creada en el 2011 con el propósito de que los profesionales del Instituto Nacional de Rehabilitación pudieran derivar pacientes a terapia familiar; sin embargo esta guía también es de utilidad para los médicos familiares debido a que describe el manejo de los cuestionarios McMaster y Emma Espejel, ambos adecuados para valorar la funcionalidad familiar, aunque cada uno valora aspectos diferentes de la familia (16).

Norma Institucional 2000-001-019, establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud PREVENIMSS, en el Instituto Mexicano del Seguro Social; en esta se establece PREVENIMSS hace énfasis en la educación y promoción para la salud que son procesos de enseñanza aprendizaje y fortalecimiento que permiten promover y conservar el desarrollo de habilidades y destrezas, además de modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva (39).

Norma institucional 3000-001-008, que establece las disposiciones para la coordinación, entre las guarderías y las unidades de medicina familiar, se especifica que el médico familiar es el especialista en el manejo de integral del individuo, la familia y la comunidad en los aspectos biológico, psicológico, social y ecológico. Además, al igual que PREVENIMSS se refiere a la educación y promoción a la salud (78)

Con fundamento en los estudios analizados se observó que no existen conocimientos disponibles sobre métodos, normas o guías para valoración de la funcionalidad familiar, se realizaron estrategias de búsqueda avanzadas en bases de datos como BVS, SCIRUS, PUBMED y REDALYC, con las siguientes palabras clave: funcionalidad familiar, funcionamiento familiar, family functioning, family functionality, family operation, family performance, family behavior, family working, familiar functionality, familiar function, cáncer cérvico uterino y cervical cancer; obteniendo los resultados mencionados.

I.D. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

No existen datos sobre consultas otorgadas por alteraciones en la salud familiar; ya que no se le ha dado la importancia debida a los cambios que están sucediendo al interior de las familias principalmente en cuanto a su conformación y a su dinámica de interacción; los cuales son aspectos importantes que repercuten en ciertas patologías individuales que conforman la transformación social y familiar de nuestro país (77).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta que de 2007 a 2009 en América Latina, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de cáncer fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes. Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168.4/100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6); México como resultado de los esfuerzos que se han llevado a cabo en materia de prevención, atención oportuna y sensibilización, tiene la tasa más baja de Latinoamérica (75.4/100 mil

habitantes) (1); sin embargo aún existen acciones por implementar para conseguir un tratamiento integral y multidisciplinario en las pacientes con diagnóstico de cáncer.

I.E. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Como ya es conocido en cada familia existe cierto grado de disfunción, sin que llegue a conformarse como una familia disfuncional, existen cambios estructurales en la dinámica familiar que pueden existir previo a un diagnóstico oncológico o de patologías crónicas; en este sentido Batista de Melo hace referencia a que existen familias que guardan equilibrio a través de relaciones no exactamente saludables y frecuentemente hay alguien que se tiene que sacrificar en aras de guardar dicho equilibrio. La funcionalidad frecuentemente se utiliza para hacer mención de las condiciones ideales y saludables de funcionamiento (79), sin embargo las familias total o perfectamente funcionales solo se encuentran reportadas en la literatura, ya que como lo mencionan Fishman, Hoffman y Roberts la familia logra una estabilidad en los momentos evolutivos mediante la homeostasis (46); sumado a lo anterior la enfermedad física de un miembro también puede provocar disfunción y en un momento dado, desintegración parcial de la familia (79). Al respecto Herrera Santí menciona que no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo si no como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente (48)

Dentro de la familia, al momento en que se comunica del diagnóstico oncológico se sufre una impactante alteración psicoemocional y un periodo de estrés, ya que se debe afrontar (34):

- La enfermedad y muerte de un ser querido (34).
- Cambios en la estructura, funcionamiento y sistema de vida familiar (34).
- Anticipar el dolor que aparecerá tras la pérdida de uno de sus miembros (34).

La noticia de un diagnóstico difícil genera una crisis y estado de duelo en pacientes y familiares que pueden tener después un curso patológico o un afrontamiento saludable. Si la familia es un grupo saludable, al enfrentarse al diagnóstico el impacto generará menos desorganización con respecto al funcionamiento de la misma. Sin embargo, existe una familia que establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, esto

provoca una enquistación de los conflictos y ende comienzan a aparecer síntomas de alteraciones en la salud y desarrollo armónico de sus miembros (34).

En México, para 2008 el cáncer cérvico uterino afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y sus comunidades, al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable (51). Diariamente se registran en México alrededor de 12 muertes por esta causa (50).

I.F. ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

La funcionalidad familiar se asocia a diferentes características del sistema familiar entre las que se encuentran: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones y vínculos; las cuales se han valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos por expertos en el tema (38).

Otros factores que influyen en la funcionalidad de la familia son los acontecimientos significativos de la vida familiar (hechos de alta significación que atraviesa la familia en su paso por las etapas del ciclo vital o bien de manera accidental), considerados como determinantes de la salud familiar, ya que ponen en juego los recursos adaptativos debido a que exigen cambios y modificaciones en el grupo familiar, su estructura y funcionamiento interno, así como en sus relaciones con otros sistemas sociales. La afectación a la salud familiar dependerá del impacto de dichos acontecimientos, la cantidad de cambios que generen y la valoración que haga de los mismos; de los recursos familiares (debilidades y fortalezas) y de las oportunidades y/o amenazas del entorno social que estén incidiendo en el sistema familiar. Lo anterior genera crisis familiares, las cuales no son sinónimo de disfunción sino que constituyen un riesgo para la salud familiar, pero la afectación o no depende del impacto de los acontecimientos significativos, el afrontamiento y los recursos protectores de la familia (41).

El Grupo Asesor para Estudios de Familia del Ministerio de Salud Pública de Cuba considera como acontecimientos significativos normativos de la vida familiar:

- El matrimonio (41).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- El embarazo (41).
 - El nacimiento del primer hijo (41).
 - La entrada a instituciones infantiles y escolares (41).
 - La adolescencia (41).
 - La independencia de uno de los hijos (41).
 - El climaterio (41).
 - La jubilación (41).
 - La vejez (41).
 - La muerte del primer y segundo cónyuge (41).

Este grupo cubano, clasifica los acontecimientos paranormativos dependiendo del tipo de situación que lo provoca, en:

- Eventos de desmembramiento. Hospitalización prolongada, abandono, separación conyugal, salida del hogar, muerte prematura respecto al ciclo vital y suicidio (41).
- Eventos de incremento. Regreso al hogar, adopción, convivencia temporal (41).
- Eventos de desmoralización. Conducta antisocial, encarcelamiento, escándalos en la comunidad (41).
- Eventos por cambio económico importante. Pérdida de trabajo, deterioro de las condiciones de vivienda, pérdida de alguna propiedad importante, una herencia (41).
- Eventos relacionados con problemas de salud. Embarazo no deseado, infertilidad, intento de suicidio, alcoholismo, drogadicción, trastornos psiquiátricos, accidentes y diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida (41).

I.G. ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO

Dentro del estudio La dinámica familiar en el proceso de atención a pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas en el hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, municipio Sucre, Cumana - estado Sucre 2011, Díaz y Vásquez (2012) analizaron la influencia de la dinámica familiar en el proceso de atención de las pacientes con cáncer cérvico uterino mediante el método de historia de vida, ofreciéndonos una investigación cualitativa de estudio de 2 casos, obteniendo como resultado que la dinámica familiar es de vital importancia en los proceso de atención y recuperación positiva o negativa de las pacientes oncológicas y esto depende de que los elementos de dicha dinámica (comunicación, autoestima, valores, liderazgo, normas, metas, motivación, afectividad, apoyo familiar, crisis y manejo de conflicto dentro de la familia) se constituyan de manera positiva o negativa a lo largo de los procesos (36).

Con fundamento en los estudios analizados se observó que no existen conocimientos disponibles sobre la funcionalidad familiar en cáncer cérvico uterino in situ, se realizaron estrategias de búsqueda avanzadas en bases de datos como BVS, SCIRUS, PUBMED y REDALYC, con las siguientes palabras clave: funcionalidad familiar, funcionamiento familiar, family functioning, family functionality, family operation, family performance, family behavior, family working, familiar functionality, familiar function, cáncer cérvico uterino y cervical cancer; obteniendo los resultados mencionados.

Por esto hablar de Cáncer cérvico uterino y funcionalidad familiar es importante y punto álgido en el desarrollo de investigaciones sobre el tema; además el diagnóstico de cáncer cérvico uterino repercute no solo emocionalmente en las pacientes sino en el resto de la familia, originando la aparición o empeoramiento de disfunción familiar. Así mismo la funcionalidad familiar de la paciente influye en gran medida en su estado de ánimo y la aceptación de la enfermedad, pero sobre todo es vital en el seguimiento del tratamiento.

I.H. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

Pérez-Cárdenas y Rodríguez-Herrera (2005). Realizaron un estudio descriptivo retrospectivo titulado Repercusión familiar de un diagnóstico oncológico, cuyo objetivo fue evaluar el nivel y sentido de la repercusión familiar que origina el diagnóstico de una enfermedad oncológica en la población perteneciente a un grupo básico de trabajo en un hospital de la Habana del este; la información fue recabada mediante la aplicación del Instrumento de repercusión familiar (IRFA), con lo cual se obtuvo como resultado que existe una repercusión positiva en el área socioeconómica en el 52% de las familias y en el 48% dicha repercusión fue negativa, el 20% de las familias consideraron que no existe repercusión posterior al diagnóstico oncológico, el 32% repercusión leve, el 28% presentan una repercusión moderada, un 8% una repercusión elevada y en un 12% existió repercusión severa; dentro del área socio psicológica no hay repercusión en el 12% de las familias, repercusión leve en 28%, la repercusión moderada se presenta en 48% de las familias, en un 8% repercusión elevada y el 4% tiene repercusión severa en el núcleo familiar; al hablar de la funcionalidad familiar se encuentra repercusión positiva en el 88% de las familias y negativa en el 12%, el 4% no presenta repercusión, el 52% cuenta con repercusión leve, repercusión moderada en el 40% y elevada en el 4% de las familias estudiadas. Existe un predominio de repercusión positiva en todos los ámbitos familiares en el sentido de que los cambios y modificaciones realizados en el sistema familiar fueron favorables, esto constituye un elemento a considerar en el potencial reparador y proveedor de salud en la familia para afrontar los cambios que se presentan al contar con un paciente oncológico. Cabe mencionar que de manera concomitante al proceso de cáncer que sufría uno de sus miembros, las familias vivieron otros acontecimientos a los que en esta circunstancia se les daba una connotación positiva (34).

Calle Misto (2009) desarrollo un estudio transversal descriptivo titulado Efecto de la depresión en las funciones familiares de pacientes oncológicos del Hospital Obrero No 2 de la CNS, en el cual busca como objetivo el determinar los efectos relacionados con la depresión en pacientes oncológicos y su repercusión en la Función Familiar de pacientes con enfermedad cancerosa, esto mediante la aplicación del Test de depresión de Yesavage y el APGAR Familiar a 100 pacientes hospitalizados. Como resultados obtuvo que el 89% de los encuestados padecían depresión, de los cuales el 68.5% era moderada y el 31.5% grave; en cuanto a la funcionalidad familiar 32.5% presentan disfuncionalidad moderada y 13.4% grave; la relación entre la depresión grave y la funcionalidad familiar

no es significativa ya que el 53% de las pacientes con depresión grave cuentan con una familia normofuncional, el 32% disfuncional moderada y solo el 14% con una familia gravemente disfuncional. Con lo anterior se concluye que las pacientes oncológicas presentan frecuentemente depresión por tanto es imprescindible la familia para superar y aceptar la enfermedad, la disfuncionalidad puede repercutir en forma negativa en el paciente con cáncer (69).

I.I. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

En la presente se pretende determinar la funcionalidad familiar en las mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ, usuarias de la clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de Zona No 1 IMSS Delegación Aguascalientes, debido a que como ya se ha mencionado con anterioridad, las investigaciones referentes a este tema no han sido suficientemente concluyentes; además la funcionalidad familiar es de suma importancia en la cooperación de la paciente para llevar a cabo los procedimientos diagnóstico – terapéuticos y por tanto en la evolución de la patología oncológica, por lo cual la valoración de la funcionalidad familiar es crucial para realizar intervenciones en dicho núcleo, que pueden ser llevadas a cabo en investigaciones posteriores.

En la presente investigación, por su tipo y tiempo de realización, nos enfocaremos solo a conocer la funcionalidad familiar tras el diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ, independientemente si los cambios o afectaciones en la misma se encontraban presentes previos al diagnóstico de cáncer.

I.J. LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.J.1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Capacidad de la familia para poder superar las crisis familiares que se presentan en el ciclo vital familiar cubriendo con las necesidades básicas de la familia (Espejel Aco 2008) (53).

I.J.2. FAMILIA FUNCIONAL:

Para Herrera (1997), Es aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y que promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos, de forma tal que sus interacciones y relaciones le permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar (17).

I.J.3. FAMILIA DISFUNCIONAL:

(Walsh 1982), la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Se señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (48).

I.J.4. HOMEOSTASIS Y MORFOGÉNESIS:

Homeostasis o morfostasis, según Fishman, Hoffman, Roberts, es el proceso que permite la estabilidad relativa en momentos de presiones evolutivas (dentro del ciclo vital de la familia) u otras tensiones (enfermedades, desempleo, separaciones, mudanzas, etc.) (46).

Puede existir homeostasis disfuncional que bloquea o dificulta el cambio necesario al momento evolutivo de la familia, y es entonces que se requiere movilizar las fuerzas internas que dentro de la familia pugnan por adaptarse al cambio. La función de control que permite a la familia responder apropiadamente por medio de una reorganización estructural se denomina morfogénesis (Fishman, Hoffman, Roberts) (46).

I.J.5. COLPOSCOPIA:

Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico, a través del cual se puede observar la vagina y el cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, en el cual se pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica (28).

I.J.6. DISPLASIA:

Anomalía de desarrollo, con pérdida de la estructura de todo el epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares (28).

I.J.7. CÁNCER CÉRVICO UTERINO:

Alteración celular que se origina en el epitelio de la unión escamocolumnar (zona de transformación) del cérvix y que se manifiesta, inicialmente, a través de lesiones intraepiteliales precursoras de bajo y alto grado, de avance lento y progresivo hacia cáncer invasor (29, 62).

I.J.8. CARCINOMA IN SITU:

Es una lesión neoplásica del cérvix, en la que todo el epitelio o la mayor parte de él, muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente. La Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III (NIC III) (Bethesda) es considerada como carcinoma in situ, debido a que existe una lesión de alto grado compuesta por displasia severa que cubre más de 2/3 del epitelio cervical y en algunos casos incluye todo el grosor del revestimiento cervical. (29, 62)

I.K. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA: DISCREPANCIAS ENTRE LAS SITUACIONES OBSERVADAS Y LAS ESPERADAS, QUE IDENTIFIQUEN EL ESTADO DEL ARTE EN CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios descriptivos observacionales refieren que no existe un impacto significativo en dinámica familiar de familias con pacientes oncológicos, debido a que se encontró que existe una buena dinámica familiar en el 70% de las familias tras el diagnóstico de cáncer en alguno de sus miembros (50% de las familias repercusión leve, con cambios en relación al cuidado del enfermo y al apoyo hacia él y entre ellos, un 20% de familias no hubo repercusión) y solo en el 30% de las familias se observó una repercusión severa en la dinámica familiar (la familia no cumple con todas las funciones y ningún integrante asume un rol nuevo para hacerlas cumplir). Además se concluye que el médico familiar debe estar integrado en el equipo de salud de pacientes oncológicos debido a que debe estar involucrado en mejorar la relación y comunicación con el paciente, facilitar el apoyo y la comunicación intrafamiliar y controlar el dolor mejorando la calidad de vida del enfermo. Se recomienda diseñar futuras investigaciones a fin de conocer a fondo esta problemática y trazar estrategias de intervención (37).

Estudios relacionales concluyen que existe relación estadísticamente significativa entre el Clima Social Familiar y el Afrontamiento al Estrés en los pacientes oncológicos; además de que se encontraron diferencias significativas entre los pacientes oncológicos varones y mujeres con respecto al clima familiar y el afrontamiento al estrés, las mujeres tienen estrategias de afrontamiento positivo al estrés en mayor medida (35).

Otros estudios relacionales sobre calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama, investigaron el papel que juega la dinámica familiar en la respuesta psicológica al cáncer de mama, tras el diagnóstico y en los primeros momentos del tratamiento. Obteniendo, en cuanto a la funcionalidad familiar (FACES III), que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, ya que en cohesión familiar existe una $p=0.151$ y en adaptabilidad $p=0.149$; la calidad de vida (SF-12) se aprecia más deteriorada en las mujeres con cáncer en casi todas las puntuaciones en comparación con el grupo control. Por lo anterior se concluye que no existe afectación en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico de oncopatología (73).

Por lo anterior observamos que el cáncer cérvico uterino continúa siendo un problema prioritario de salud y es importante contar con herramientas para poder brindar una atención integral multidisciplinaria a esta población, y conocer la funcionalidad familiar en mujeres con cáncer cérvico uterino juega un papel importante en dicha atención.

En los estudios analizados se aprecia que la funcionalidad familiar se afecta (positiva o negativamente) cuando uno de sus miembros padece cáncer, sin embargo no existe un consenso sobre la afectación de la funcionalidad familiar en mujeres con cáncer cérvico uterino, por lo que la pregunta de investigación es:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ?

II. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Mamani Cabana (2008). Realizo un estudio transversal correlacional en 130 pacientes con cáncer de mama, de las cuales 61 fueron sometidas a cirugía de conservación y 69 a tratamiento con cirugía radical; para la realización de la investigación se les aplicó el cuestionario FACES III y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Dentro de las mujeres con cirugía radical de mama, la funcionalidad familiar en un 43.5% se encuentra separada (cohesión) y en el 36.3% flexible (adaptabilidad). En las mujeres con cirugía conservadora el 37.7% de las familias tienen una cohesión separada, y el 34.4% cuentan con una adaptabilidad caótica. Se sugiere que las terapias psicológicas deben incluir a la familia como soporte emocional y racional de la paciente oncológica, a la vez en forma flexible se debe reestructurar la dinámica familiar y enseñar estrategias positivas de afrontamiento para el adecuado funcionamiento familiar de los miembros o subsistemas (71).

Alderfer y cols (2009). En el estudio Family Functioning and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescent Survivors of Childhood Cancer se midió la funcionalidad familiar y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en 144 adolescentes sobrevivientes de cáncer 1 a 12 años después del tratamiento contra el cáncer y sus padres mediante el Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD) y entrevista estructurada para diagnóstico TEPT con el objetivo de investigar el funcionamiento familiar y las relaciones entre el funcionamiento familiar y el trastorno de estrés postraumático en adolescentes sobrevivientes de cáncer infantil. Como resultados, en cuanto a la funcionalidad familiar, el 47% de los adolescentes, 25% de las madres y 30% de los padres informaron disfuncionalidad familiar, en cuatro o más sub-escalas FAD (21).

Guijarro Expósito (2009). En el estudio transversal, descriptivo, Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres, sus objetivos generales fueron describir y analizar la estructura familiar y conocer que variables y dimensiones del funcionamiento familiar a partir de la figura materna podrían ser relevantes y significativas para el proceso de adaptación familiar al cáncer infantil. Se estudiaron 40 madres de pacientes infantiles entre 4 y 14 años diagnosticados con un cáncer, ingresados en las áreas de oncología pediátrica en diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid. Se aplicaron: Escala de Clima Social Familiar (FES), FACES III, Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar (FFSS), Escala de Satisfacción Familiar por

Adjetivos (ESFA), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Como resultados de FACES III, la Cohesión separada en 47.5%, unida en 32.5% (ambas indican cohesión equilibrada), desprendida 15%, y enredada 5%; adaptabilidad estructurada 67.5%, flexible 25% (estos forman la porción equilibrada de la adaptabilidad), rígida 7.5%, caótica 0%; de los tres tipos de familia se aprecian 77,5% como equilibradas, 17.5% como medias, y 5% familias extremas. Las madres de niños diagnosticados con cáncer presentan de forma significativa una mayor puntuación en Cohesión Familiar en comparación con la muestra de la población general. Se concluye que los datos del presente estudio avalan la capacidad de adaptación de las familias a situaciones de crisis como lo es el cáncer infantil (31).

Martínez Borrero (2009). En el estudio Funcionalidad familiar y diabetes tipo 2, realizado en 100 pacientes diabéticos ecuatorianos, desarrollo una investigación descriptiva ecológica, con el objetivo de buscar la relación del desarrollo de la patología con la situación del entorno familiar; para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento de encuesta FF-SIL (registra los niveles de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, adaptabilidad y los roles de los miembros de una familia mediante escala Likert) y para evaluar el control metabólico se utilizaron el tiempo de evolución, perímetro abdominal y hemoglobina. Encontró una funcionalidad familiar adecuada o moderada en el 83% de las familias. Concluye que el médico familiar debe manejar las crisis derivadas de los diagnósticos difíciles, acompañando al paciente en todo momento (66).

Villafaña y cols (2009). En un estudio descriptivo cualitativo en 17 familiares de pacientes crónicos, encontraron que existen variaciones en la funcionalidad familiar según la patología de que se trate, ya que el cuidador no solo asume la responsabilidad del enfermo sino del resto de los integrantes de la familia, así tenemos que: los familiares de personas con cáncer experimentan angustia permanente de muerte del enfermo, participación de todos los integrantes en el cuidado del paciente y mayor soporte y unión familiar; en el caso de pacientes oncológicas, si las cuidadoras son mujeres, tratan de esconder su feminidad como si con ello evitaran exponer y evitar el cáncer mamario o cérvico uterino (67).

Marsac L y Alderfer MA (2010). Realizaron el estudio transversal, descriptivo, Psychometric Properties of the FACES-IV in a Pediatric Oncology Population con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar, la versión IV (FACES-IV) en las familias de niños con cáncer. Se estudiaron 147 madres y 40 padres de 162 familias de niños con cáncer y, 77 padres y un niño sano de cada familia mediante la aplicación a los padres del FACES-IV y la escala de autoeficacia parental percibida (PPSES), y padres e hijos completaron el Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD), el Colectivo la escala de eficacia familiar percibida (PCFES), y el Informe de Inventario de Conducta Infantil Parental (CRPBI). Los resultados obtenidos muestran consistencias internas anteriores 0,70 se encontraron para todas las subescalas excepto uno (enredado, $\alpha = 0,65$.) Las intercorrelaciones de las subescalas fueron similares a la muestra de validación, pero parecía incompatible con el Modelo Circumplejo en que se basa la medida. Los análisis plantearon preguntas acerca de la validez de constructo de las subescalas enredadas y rígidas. Concluyen que estos resultados preliminares sugieren que se necesita más investigación antes de la utilización generalizada del FACES-IV en población oncológica pediátrica (22).

Lewandowski y cols (2010). En Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain estudiaron la funcionalidad familiar y discapacidad secundaria a dolor crónico mediante la revisión bibliográfica de 16 estudios desde 1993 hasta 2008. Se plantearon tres objetivos 1) revisar las diferencias entre los grupos en el funcionamiento familiar, entre los niños y jóvenes con dolor crónico y poblaciones sanas, 2) examinar las asociaciones dentro del grupo de funcionamiento de la familia con el dolor y la discapacidad se describe en Palermo y el modelo de Chambers, y 3) para sintetizar la literatura que examina el funcionamiento familiar en niños con dolor crónico y presentar recomendaciones para futuras investigaciones, intervenciones clínicas, y la evaluación de funcionamiento de la familia. Diferentes patrones de resultados surgieron en función del tipo de medida de funcionamiento familiar usado. Los resultados mostraron que las familias de niños con dolor crónico generalmente tienen peor funcionamiento familiar que las poblaciones sanas, y que la discapacidad relacionada con el dolor es más coherente en relación con el funcionamiento familiar de la intensidad del dolor (20).

Quijada Fragoso (2010). Realizaron un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, para diseñar y validar un instrumento de funcionalidad familiar en México. Se realizó el instrumento de 40 ítems y se sometió a ronda de 5 expertos mexicanos para evaluación, aprobación o eliminación de ítems, una ronda más fue llevada a cabo por 2 expertos de la República Boliviana de Venezuela para validar el idioma; ulteriormente se realizó una prueba piloto integrada por 13 personas que resolvieron el cuestionario, después se aplicó el instrumento a 24 asistentes médicas de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del IMSS para la realización del Test y retest y así obtener el coeficiente de correlación de Spearman, también el instrumento fue contestado por 45 pacientes con sobrepeso y obesidad y 11 residentes de la Unidad Docente Asistencial “Luis Sergio Pérez”, Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela, para así obtener la consistencia interna del FUNQUI. Como resultados se encontró una concordancia de expertos con Índice de kappa de Fleiss de 0.79 resultando “Acuerdo Substancial”, se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0.88, el alfa de Cronbach final fue de 0.87. lo anterior arrojó un instrumento de 29 ítems, que se denominó FUNQUI, el cuál mide la funcionalidad familiar en 10 áreas: 1) Cuidados en la enfermedad, 2) Violencia, 3) Sexualidad, 4) Cuidados de la salud, 5) Límites, 6) Jerarquías, 7) Tareas en casa, 8) Afecto, 9) Socialización interna, 10) Socialización Externa. Este instrumento puede ser resuelto por mayores de 10 años (23).

Toledano-Toledano (2010). En la investigación Las dimensiones del funcionamiento familiar y su relación con los procesos de resiliencia familiar: las emociones, el cuerpo y la enfermedad. Tiene como objetivo describir la variabilidad en los factores y la interrelación de las dimensiones del funcionamiento familiar ante la enfermedad crónica en los niños. La muestra incluyó 120 familias con hijos en los servicios de Nefrología, Oncología, UCIN, UTIP, CLINDI, Cirugía Cardiovascular y Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez, de la Secretaría de Salud. Se aplicaron la escala de funcionamiento familiar, versión corta, instrumento de autor reporte que contiene 22 reactivos. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas intragrupo y entregrupos en los factores de funcionamiento familiar y en las siete condiciones de salud de los niños. Los hallazgos sugieren que la cohesión familiar y los vínculos afectivos disminuyen ante la presencia de la enfermedad crónica infantil, para el factor de hostilidad y evitación del conflicto se reportan puntajes que describen procesos familiares disfuncionales con

efectos en las reglas y en la expresión de los sentimientos de cada uno de sus miembros (32).

Castro-Vásquez y Arellano-Gálvez (2010) presentaron un análisis relacional de cómo mujeres diagnosticadas con el virus del papiloma humano (VPH), displasia del cérvix o neoplasias del cuello uterino, reciben y/o acceden a la información y cómo la viven en sus relaciones cercanas, esto en el marco del estudio Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ, el cual hace referencia a una investigación observacional, cualitativa, transversal de 34 mujeres en una clínica de colposcopia de Hermosillo, Sonora, México. Se obtuvo que para las mujeres estudiadas existe una franca analogía entre muerte y cáncer cérvico uterino, los médicos no ofrecen información oportuna y clara (escasa y con terminología médica) a las pacientes y estas no la solicitan a pesar de que tienen la necesidad de la misma, lo que conlleva a desconfianza y angustia; se identificó que las redes tanto familiares como sociales ofrecen apoyo en los procesos de atención, sin embargo fomentan temores sobre cáncer cérvico uterino por la desinformación (72).

Martin S y cols (2011). En el estudio Family Functioning and Coping Styles in Families of Children With Cancer and HIV Disease, buscaba comparar el funcionamiento familiar y los estilos de afrontamiento en y entre dos grupos médicos diferentes: familias de niños con cáncer (n = 44) y la infección por VIH (n = 65). Para llevar a cabo este estudio se utilizaron los instrumentos para funcionalidad familiar: Family Assessment Device (FAD), Global Functioning Scale (GFS), y para estrategias de afrontamiento Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES). En sus resultados se encontró que el 20% de las familias tanto en el grupo de cáncer como en el grupo VIH están en el rango saludable de funcionamiento familiar global ($\geq 2,0$). Las puntuaciones medias de GFS no presentan diferencias significativas entre sí (F = 0,12, P > 0,01) (18).

García Maldonado y cols (2011). Llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo fue explorar las características, estado emocional, grado de desesperanza e ideación suicida en cada uno de los grados de displasia de pacientes con anormalidad cérvico uterina, el cual titularon Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cérvico uterina. Esta investigación fue realizada mediante la recolección de datos de anomalías cervicales y la aplicación de Escala de Perfil Afectivo, Escala de Desesperanza de Beck y Escala de Ideación Suicida de Beck en 57

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pacientes de Clínica de Displasias de un Hospital General de Tamaulipas México, encontrando que 8.8% padecían CIS; en cuanto a la situación emocional se encontró la evidencia de ideación suicida en el 12% de las pacientes (7 pacientes, de las cuales 5 portaban NIC I, 1 NIC II y 1 CIS). Por lo anterior se considera conveniente la implementación de programas psicoeducativos, tanto para la paciente como para la familia, orientados a la evolución del padecimiento y el riesgo de presentar síntomas afectivos (68).

Delgadillo-Hernández y cols (2012). Realizaron un estudio titulado Funcionamiento familiar de adolescentes con leucemia; con el objetivo de describir el funcionamiento familiar en adolescentes que padecen leucemia. Se utilizó una muestra de 3 mujeres y 1 hombre de 13 a 16 años con diagnóstico de leucemia y 18 familiares de estos. Se les aplicaron entrevistas semiestructuradas audiograbadas. En los resultados se encontró que previo al diagnóstico de leucemia las funciones familiares de límites y jerarquías se encuentran conservados y al inicio del diagnóstico se presentaron alteraciones en el funcionamiento familiar que se manifestaban en la jerarquía, roles y límites difusos, así como un desequilibrio del sistema que oscila entre uno y dos meses aproximadamente; otro hallazgo fue que la búsqueda de atención y el apoyo por parte de la familia posibilitaba la presencia de adaptación y reorganización del sistema familiar, logrando jerarquías, roles y límites claros. Podemos concluir que en el inicio de la enfermedad las familias presentan alteraciones en su funcionamiento, no obstante, aparece una fase de adaptación y de reorganización del sistema (33).

Con fundamento en los estudios analizados se observó que no existen conocimientos disponibles sobre la funcionalidad familiar en cáncer cérvico uterino in situ, se realizaron estrategias de búsqueda avanzadas en bases de datos como BVS, SCIRUS, PUBMED y REDALYC, con las siguientes palabras clave: funcionalidad familiar, funcionamiento familiar, family functioning, family functionality, family operation, family performance, family behavior, family working, familiar functionality, familiar function, cáncer cérvico uterino y cervical cancer; obteniendo los resultados mencionados.

III. JUSTIFICACIÓN

Un elemento importante en el estudio de la familia es la funcionalidad familiar la cual se define como la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital familiar por lo que para conocer esta capacidad de la familia es necesario medirla y los indicadores más utilizados son las funciones familiares, la estructura familiar, el ciclo vital familiar y las crisis familiares paranormativas o no transitorias como es el caso del proceso salud enfermedad (61).

La funcionalidad familiar se asocia a diferentes características del sistema familiar entre las que se encuentran: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones y vínculos; las cuales se han valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos por expertos en el tema (38).

El cáncer cérvico uterino es un problema importante de salud pública en México, ya que en las mujeres de 20 y más años es una de las principales causas de muerte por tumores malignos, ocupando el 10.4% del total de las defunciones y el segundo lugar como causa de mortalidad en 2011 (1).

Los elementos de la dinámica familiar como lo son la comunicación, la autoestima, los valores, el liderazgo, las normas, las metas, la motivación, la afectividad, el apoyo familiar, las crisis y el manejo de conflictos dentro de la familia, pueden constituirse de manera positiva o negativa a lo largo de los procesos diagnósticos y tratamiento de las pacientes con cáncer cérvico uterino; motivo por el cual dicha dinámica es de vital importancia en los procesos de atención y recuperación positiva o negativa de las pacientes oncológicas (36).

La funcionalidad familiar es un punto álgido en la evolución de las patologías de un individuo, debido a que en el seno de una familia funcional se posee mayor apego a los procedimientos terapéuticos y por ende existe mejoría en la calidad de vida y pronóstico funcional, por esto se convierte en una necesidad el valorar dicha funcionalidad en todos los pacientes para poder realizar intervenciones y modificar los elementos disfuncionales de la familia. Si estudiamos a un solo miembro de la familia conoceremos el sistema en su conjunto y si este miembro es modificado se realizaran cambios en la estructura familiar como sistema no de manera individual (46).

La familia constituye un componente esencial en la recuperación y seguridad personal, siendo la integración y armonía de la misma factores positivos para enfrentar el cáncer (37).



IV. MARCO TEORICO

IV.A. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para poder llevar a cabo el estudio de la familia es necesario contar con la claridad de algunos conceptos, entre los que destacan familia y funcionalidad familiar.

IV.A.1. FAMILIA:

Según la OMS, la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas (59).

López y Escudero (2003), definen a la familia como un “sistema en el que sus miembros establecen relaciones de intimidad, reciprocidad, dependencia, afecto y poder condicionados por vínculos sanguíneos, legales o de compromiso tácito de larga duración, que incluye, al menos, una generación con una residencia común la mayor parte del tiempo” (31).

IV.A.1.1. Funciones básicas de la familia:

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Afectividad.** Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia (23, 74).
- **Socialización de los miembros.** Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores y patrones conductuales (23, 74).
- **Reproducción, incorporación y liberación de sus miembros.** Provisión de nuevos miembros a la sociedad (23, 74).
- **Distribución de recursos y cuidado.** Protección y asistencia para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar (23, 74).
- **División del trabajo.** Asignación de tareas a cada miembro de la familia (23, 74).
- **Conservación del orden.** Respeto por los límites (23, 74).

- **Integración en el núcleo social y estatus.** Posición que ocupa la familia ante la sociedad (23, 74).

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas para lograr un funcionamiento adecuado, las cuales son:

1. Económica
2. Biológica y educativa
3. Cultural y espiritual (48).

Siguiendo un planteamiento más genérico y amplio, Schor (1995) divide las funciones familiares en dos tipos de categorías:

- **Funciones instrumentales**, en donde se proporcionan alimentos, ropa, vivienda, seguridad, supervisión, higiene, atención médica y asistencial (31).
- **Funciones intelectuales/afectivas.** Esta categoría abarca el apoyo social, la socialización, la enseñanza y las habilidades de afrontamiento (31).

IV.A.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Emma Espejel (2008) la refiere como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (53).

Por lo anterior, la funcionalidad familiar es considerada como la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de la familia (49), esta se da de manera circular, es decir, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa (48).

IV.A.2.1. Dinámica familiar:

En el consenso de medicina familiar de 2005 se definió a la dinámica familiar como, un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar (74).

IV.A.2.2. Estructura familiar:

Es la demanda funcional que organiza la manera en cómo interactúan los miembros de la familia dentro del sistema, esto en cuanto a sus relaciones y se lleva de manera recíproca, reiterativa y dinámica. De acuerdo a Espejel Aco y cols (2008) y Quijada Fragoso y cols (2010), esta consta de los siguientes parámetros, los cuales deben ser evaluados (23, 53, 60):

- **Jerarquía.** Niveles de autoridad establecidos dentro del sistema (23, 53).
- **Límites.** Reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales (23,53).
- **Centralidad.** Es el espacio que cada miembro de la familia ocupa en determinado contexto (23).
- **Mapa.** Esquema que representa gráficamente la organización de una familia (23).
- **Alianzas.** Asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia con afinidad positiva entre ellos y resulta potencialmente neutra (23, 53, 60).
- **Roles.** Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se espera que haga un individuo en determinado contexto (53).
- **Redes de apoyo.** Constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda (53).
- **Comunicación.** Es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, así como para el correcto desempeño de los roles (53).
- **Flexibilidad.** Se requiere para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas como las externas (53).

IV.A.2.3. Salud familiar:

Puede considerarse en términos de funcionamiento efectivo de la familia, como la dinámica interna relacional, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el desarrollo y crecimiento individual según las exigencias de cada etapa de la vida (Ortiz-Gómez, 2000) (43).

En el consenso de medicina familiar 2005 se llegó a que el concepto de salud familiar se refiere a la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social (74).

IV.A.2.4. Familia funcional:

Aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y que promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos, de forma tal que sus interacciones y relaciones le permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar (17).

IV.A.2.5. Familia disfuncional:

Herrera Santí (1997) menciona que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios (48). La familia carece de flexibilidad y adaptabilidad: sus pautas se repiten hasta hacerse rígidas e inapropiadas para cumplir satisfactoriamente las funciones requeridas en el momento de desarrollo por el que atraviesa la familia (46).

En ocasiones cuando aparece un síntoma en algún miembro de la familia puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares (62).

IV.A.2.6. Componentes de la funcionalidad familiar:

Para Quijada Fragoso y cols (2010) los componentes de la funcionalidad familiar son diez y se agrupan en tres esferas, como se muestra a continuación:

A. Esfera biológica:

1. **Cuidados en la Enfermedad.** En el proceso salud enfermedad (23,60).
2. **Violencia.** Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo (23, 60).
3. **Sexualidad.** Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual (no todas se vivencian o expresan siempre) (23, 60).
4. **Cuidados de la salud.** Función básica de la familia cuyos determinantes son vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional (23, 60).

B. Esfera psicológica:

5. **Límites.** Reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible una diferenciación entre los individuos y los subsistemas (23, 60).
6. **Jerarquías.** Distribución del poder familiar (23, 60).
7. **Tareas en casa.** Todas las actividades que son asignadas por medio de los individuos, que deben de cumplirse por todos los miembros (23, 60).
8. **Afecto.** Función básica de la familia que corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes (23, 60).

C. Esfera social:

9. **Socialización interna.** Se lleva a cabo dentro del núcleo familiar (23, 60).
10. **Socialización externa.** Capacidad de la familia en transformar a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad (23, 60).

IV.A.2.7. Funcionalidad familiar en enfermedad:

Rolland (2000). En el libro *Familias, Enfermedad y Discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*, menciona que el grado de adaptabilidad de una familia que se ve enfrentada a una enfermedad grave es mayor que el que se necesita para sobreponerse a las exigencias constituidas como normales de la vida. Las demandas de los miembros de la familia variarán dependiendo de factores propios de la enfermedad, como la severidad del proceso, del grado y tipo de incapacidad, del pronóstico de vida, del curso de la enfermedad, de los protocolos de tratamiento químico y sus efectos secundarios, del dolor y de los síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad (24).

Algunas enfermedades no requieren que la familia mantenga una comunicación constante, mientras que otras más graves (como las oncológicas), exigen una comunicación diaria entre los miembros del sistema familiar, para tratar aspectos inherentes a la misma como los procedimientos tanto médicos como en el hogar y los temas emocionales. Así mismo, el diagnóstico y la vida con una enfermedad grave puede tener efectos en la familia en reorganización, cambios en los roles, responsabilidades en relación con la enfermedad e incluso cambios en las expectativas familiares con respecto al futuro (52).

De esta forma, la funcionalidad de una familia que afronta una enfermedad grave dependerá, entre otros factores, de la magnitud percibida y vivida, además de la duración de la situación a afrontar. Entonces, las pautas de funcionamiento habituales de una familia se ven afectadas por su historia e identidad y dinámica relacional particular (52).

IV.A.3. TEORÍAS, MODELOS E INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Históricamente, el estudio de la familia se ha llevado a cabo mediante diferentes enfoques teóricos, intentando ahondar en la dinámica y funcionamiento familiar. En esta ocasión se mencionan la teoría general de los sistemas, modelo estructural de McMaster, modelo estructural de Minuchin, modelo circumplejo familiar, escala de funcionalidad familiar de Emma Espejel e instrumento de funcionalidad familiar FUNQUI.

IV.A.3.1. Teoría de los sistemas:

En la década de los 60's surge la surge La Teoría General de los Sistemas (TGS) en la cual Von Bertalanffy da una explicación de la organización de muchos fenómenos naturales, incluida la familia (44).

Un cambio en una parte del sistema provoca un cambio en todos los demás elementos y en el sistema total (45). En lo que respecta a los sistemas humanos se habla del sistema relacional, constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades (46).

IV.A.3.1.a. Características de los sistemas

1. Todo sistema contiene subsistemas y está contenido en suprasistemas (45).
2. Todos los componentes de un sistema actúan y operan orientados en función de los objetivos del sistema (45).
3. La alteración o variación de una de las partes o de sus relaciones incide en las demás y en el conjunto (45).

IV.A.3.1.b. Principios de los sistemas

- El todo es primero y las partes son secundarias (45).
- La integración es la condición de la interrelacionalidad de las muchas partes dentro de una las partes así constituidas forman un todo indisoluble en el cual ninguna parte puede ser afectada sin afectar todas las otras partes (45).

IV.A.3.1.c. Clasificación de los sistemas

Sistemas cerrados: operan con poco intercambio; muchos piensan que estos sistemas son ficticios, ya que no existen en realidad; para efectos prácticos se mencionará que el proceso de respiración es cerrado, en cuanto que no sentimos cada paso que se efectúa para respirar, sin embargo, el sistema se realiza (45).

Sistemas abiertos: cada sistema se encuentra inmerso en un sistema circundante, que viene a formar el suprasistema (sistema formado por otros sistemas); así como existe relación entre los elementos del sistema, también la existe entre los sistemas y

suprasistema que vienen siendo los elementos o subsistemas (sistemas que son parte de otro sistema mayor). Entonces se dice que el sistema es abierto, ya que recibe influencia del suprasistema (45).

IV.A.3.1.d. La TGS en la Familia

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas (44), en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran; la familia juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación a medida en la que cumpla con sus funciones básicas (47).

Dentro de la terapia familiar se considera que cualquier intervención, aunque sea individual, es una intervención en todo el sistema familiar, es decir que, la realidad en el contexto terapéutico incluye a la familia del paciente, este o no físicamente presente en la sesión (46). La familia cuenta con tres subsistemas importantes:

- a) **Subsistema conyugal.** Relación entre esposos (70).
- b) **Subsistema parental.** Relación de padres a hijos (70).
- c) **Subsistema fraterno.** Relación entre hermanos (70).

La familia es un sistema abierto que está en continua transformación, vive cambios y modificaciones distintos en cada momento de su evolución (44).

La homeostasis familiar se realiza mediante “feedback” negativos en respuesta a los comportamientos de sus miembros o toda la información que llega del exterior que pueda estabilizarla. En este sentido existen dos tipos de familias:

1. **Morfostática:** tiende a mantener rígidamente su equilibrio y su estructura, porque tiene muchas dificultades para adaptarse a situaciones nuevas (44).
2. **Morfogenética:** carece de estabilidad, como es el caso de las familias adaptadas al contexto social, continuamente cambiantes ante los feedback y cuya identidad colectiva se diluyen en el entorno (44).

IV.A.3.1.e. Postulados básicos en el estudio de la familia como sistema

Ochoa de Alda (1995), explica los conceptos básicos de la TGS de Bertalanffy que son aplicados al sistema familiar (49):

1. **Totalidad o no sumatividad:** El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros (49).
2. **Circularidad:** Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales sino circulares (49).
3. **Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas (49).
4. **Equicausalidad:** la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos (49).
5. **Limitación:** Es cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo (49).
6. **Regla de relación:** necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes (49).
7. **Ordenación jerárquica:** incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado (49).
8. **Ciclo vital:** el curso vital de las familias evoluciona a través de etapas; en ella se observan períodos de equilibrio, adaptación; desequilibrio y cambio (49).

IV.A.2. Modelo de funcionamiento familiar de McMaster:

Modelo propuesto en 1962 por Nathan B. Epstein, Lawrence M. Baldwin y Duane S. Bishop, en este se aprecia una conceptualización de las familias clínicamente orientada, presenta un enfoque sistémico y apoya la idea de que ello es un factor importante para determinar la salud emocional de los miembros de la familia como individuos; surge para describir las propiedades estructurales y organizacionales de la familia, así como los patrones de transacciones que distinguen entre familias saludables y no saludables (57, 58).

Para evaluar a las familias se utiliza un instrumento llamado Family Assessment Device (FAD) (1983), ofrece una amplia variedad de dimensiones clínicamente significativas y consta de seis escalas, que son (57, 58):

1. **Resolución de problemas.** Resolver situaciones que amenazan la integridad y capacidad funcional de la familia (57, 58).
2. **Comunicación.** Intercambio de información entre los miembros de la familia (57, 58).
3. **Roles.** Asignación de tareas de manera clara y equitativa y la realización responsable de las mismas (57, 58).
4. **Respuestas afectivas.** Medida en la cual los miembros familiares individuales son capaces de experimentar el afecto apropiado dentro de un rango de estímulos (57, 58).
5. **Involucramiento afectivo.** Medida en la cual los miembros familiares están interesados en actividades y preocupaciones mutuas, así como el valor que le otorgan a estas (57, 58).
6. **Control conductual.** Evalúa la forma en que la familia expresa y mantiene los estándares de la conducta de sus miembros (57, 58).

El FAD es una prueba de tamizaje por lo que lo detectado con esta prueba deberá ser investigado más a detalle. Es una prueba de 40 reactivos aplicable a partir de los 12 años de edad (57); permite evaluar a la familia y clasificarla como funcional o disfuncional en cada una de las áreas que se evalúan en el mismo (58).

IV.A.3.3. Modelo estructural de terapia familiar:

Se trata de un enfoque sistémico-estructural de la terapia familiar, el cual fue impulsado por Salvador Minuchin y sus colaboradores en 1967. El modelo centra su atención en el concepto normativo de familia sana y propone un desarrollo ideal para que la familia funcione de manera adecuada. Además, concibe diferentes subsistemas con funciones y jerarquía claras basadas en la competencia parental, para decidir los asuntos relacionados con la familia, límites claramente trazados entre los subsistemas y fronteras flexibles (49).

Este modelo considera la estructura psicológica del individuo como interdependiente de su estructura social y su medio a través del cual el individuo funciona y se expresa (54, 55).

Debido a que la base de la socialización es la familia la terapia estructural se ha implementado primariamente en esta, sin embargo no se limita a la misma. En la porción eco-estructural del modelo se incluyen otros sistemas sociales como contribuyentes de la estructura de la conducta humana, así el trabajo en estos sistemas se usa para lograr un cambio (54, 55).

Minuchin afirma que el esquema conceptual del funcionamiento familiar que concibe a éste como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes:

1. Su estructura es la de un sistema sociocultural abierto (55).
2. La familia se desarrolla a través de ciertas etapas que exigen reestructuración (55).
3. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes (55).

La estructura familiar es el patrón repetitivo de interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones (54).

Para Minuchin los sistemas funcionales se caracterizan tanto por la estabilidad como por el cambio. Las familias disfuncionales son aquellas que frente a las tensiones, incrementa la rigidez de sus pautas y límites transaccionales, evitando o resistiendo toda exploración de variantes (54).

IV.A.3.4. Modelo circuplejo:

Desarrollado por Olson y sus colaboradores en el año 1978, a partir de realizar una revisión en profundidad de la literatura concerniente al funcionamiento familiar, estudiando un conglomerado de más de 50 conceptos de los cuales emergieron tres como fundamentales del funcionamiento familiar: cohesión familiar, adaptabilidad y comunicación; es así como, estos investigadores de la Universidad de Minnesota (E.E.U.U.), crearon Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales (F.A.C.E.S.) (31, 46).

Olson y cols (1979). Realizaron el estudio Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications donde obtuvieron que en el modelo circunplejo de funcionamiento familiar, las familias que se caracterizan por niveles de adaptación de flexibilidad, cohesión y la comunicación experimentan resultados más positivos ante crisis familiares (19) como la presencia de cáncer en alguno de sus miembros.

El Modelo Circunplejo Familiar y los instrumentos del F.A.C.E.S. son herramientas puestas a prueba para investigar el funcionamiento familiar en sus diferentes áreas (31); es decir, describir la dinámica familiar y marital (46).

Sus dimensiones centrales se describen a continuación (56):

1. **Cohesión.** Lazo emocional existente entre los miembros de la familia. Existen cuatro niveles de cohesión: desarticulada o dispersa, separada, conectada y amalgamada o aglutinada (56).
2. **Adaptabilidad.** Habilidad de un sistema marital o familiar para modificar su estructura de poder, sus relaciones de roles y sus relaciones de reglas en respuesta a las presiones situacionales y del desarrollo; los cuatro niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico (56).
3. **Comunicación.** Dimensión facilitarte entre las otras dos dimensiones (56).

La combinación de las dimensiones anteriores permite identificar y describir 16 tipos de sistemas familiares y maritales. Estos tipos se agrupan en tres grupos básicos:

1. Cuatro tipos balanceados (31, 56).
2. Cuatro tipos extremos (31, 56).
3. Cuatro tipos semiextremos (31, 56).

IV.A.3.5. Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel:

Pocos son los instrumentos de evaluación psicológica y familiar desarrollados en México. Uno de los más representativos es la “Escala de Funcionamiento Familiar”, desarrollada por la Dra. En psicología y terapeuta familiar Emma Espejel Aco en 1997, en conjunto con

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sus colaboradores; esta escala incluye algunas de las categorías de los Modelos Estructural, de McMaster y el Dinámico Estructural (53).

El instrumento está conformado por 40 reactivos que investigan nueve áreas del funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia, las cuales son (53):

1. **Roles:** expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro de la misma (53).
2. **Jerarquía:** dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando (53).
3. **Centralidad:** se refiere al miembro de la familiar en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares (53).
4. **Límites:** fronteras entre generaciones (53).
5. **Alianzas:** asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia (53).
6. **Comunicación:** intercambio de información y conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás (53).
7. **Modos de control de conducta:** patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de lo bueno y lo malo (53).
8. **Afectos:** manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar (53).
9. **Psicopatología:** cuando los conflictos no se resuelven (53).

Los criterios de calificación incluyen la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia, la clase socioeconómica y cultural y la estructura familiar (53).

IV.A.3.6. Funcionalidad familiar mediante FUNQUI:

Otro instrumento mexicano para valorar la funcionalidad familiar es el Instrumento FUNQUI desarrollado, en 2010, por Quijada Fragoso y cols; el cual tiene su fundamento en los instrumentos FAD (The Family Assessment Device), FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), SFI (The Self Report Family Inventory), FAM (The

Family Assessment Measure), FES (Family Environment Scale), FFI (The Family Functioning Index), APGAR, FFQ (The Family Functioning Questionnaire) y los instrumentos de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel Aco y de Joaquina Palomar (23, 60).

Desarrollado mediante la generación de 40 ítems de manera inicial, con posterior eliminación de 11 ítems por 2 rondas de expertos (5 mexicanos y 2 venezolanos) con un índice de Kappa de Fleiss de 0.79 (acuerdo substancial); la prueba piloto se llevó a cabo en 13 personas, sin modificaciones tras su aplicación, con re-test en 24, por lo cual se obtuvo un índice de Spearman de 0.88 (23).

Este instrumento posee una adecuada consistencia interna valorada mediante la aplicación del instrumento a 45 pacientes con obesidad y sobrepeso y 11 residentes, obteniendo un alfa de Cronbach de manera general de 0.87, y por área que lo conforma, alfa de Cronbach de 0.82 en las áreas de cuidados en la enfermedad y sexualidad, 0.84 en el rubro de cuidado, 0.86 en el área de límites, 0.87 en el apartado de violencia, 0.88 en el aspecto de tareas en casa, 0.90 en los rubros de afecto y socialización interna y 0.92 en las áreas de jerarquías y socialización externa (23, 60).

El instrumento FUNQUI consta de 29 ítems que valoran 10 áreas agrupadas en 3 esferas, el cual puede aplicarse en mayores de 10 años (fórmula de Alan Crawford), con un tiempo de respuesta aproximado de 5 minutos 56 segundos; los componentes de FUNQUI son los que a continuación se enumeran:

A. Esfera biológica conformada por las siguientes áreas:

1. **Cuidados en la Enfermedad.** Cuidado que se tiene en el proceso salud enfermedad, con el fin de asistir a la persona enferma para llevar hacia la salud o evitar complicaciones (23, 60).
2. **Violencia.** Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (23, 60).

3. **Sexualidad.** Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales; se expresa en el individuo, la pareja, la familia y sociedad. La sexualidad puede incluir todas las dimensiones, no obstante, no todas se vivencian o expresan siempre (23, 60).
4. **Cuidados de la salud.** Función básica de la familia que preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias; sus determinantes son vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional. (23, 60).

B. Esfera psicológica conformada por las siguientes áreas:

5. **Límites.** Reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento familiar (23, 60).
6. **Jerarquías.** Se refiere a los diversos niveles de autoridad con que cuenta la familia; es decir, como se encuentra la distribución del poder familiar (23, 60).
7. **Tareas en casa.** Todas las actividades que son asignadas por medio de los individuos, que deben de cumplirse por todos los miembros con el fin de implementar armonía en el hogar y la familia (23, 60).
8. **Afecto.** Todo comportamiento de ayuda y protección que contribuyan a la supervivencia de otro ser vivo; es una función básica de la familia que corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes (23, 60).

C. Esfera social conformada por las siguientes áreas:

9. **Socialización interna.** Socialización que se lleva a cabo dentro del núcleo familiar entre los diversos subsistemas que existen (conyugal, paterno filial y fraterno), para lo cual es primordial la comunicación tanto verbal como no verbal que se lleva a cabo entre los integrantes de la familia (23, 60).

10. **Socialización externa.** Capacidad de la familia en transformar a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad, mediante la comunicación que entabla la familia con el medio exterior para lo cual debe ser reconocida en el mismo (23, 60).

IV.B. CÁNCER CERVICOUTERINO

IV.B.1. CÁNCER:

Es una enfermedad física social y psicológicamente aplastante que mantiene sujeta a su víctima a veces durante años, en tanto el individuo con frecuencia se autopercibe a merced de ella, indefenso y desarmado para combatirla eficazmente no pudiendo tampoco escapar de la enfermedad (34).

IV.B.2. CÁNCER CÉRVICO UTERINO:

Alteración celular que se origina en el epitelio de la unión escamocolumnar (zona de transformación) del cérvix y que se manifiesta, inicialmente, a través de lesiones intraepiteliales precursoras de bajo y alto grado, de avance lento y progresivo hacia cáncer invasor (29, 62).

IV.B.2.1. Carcinoma in situ:

Es una lesión neoplásica del cérvix, en la que todo el epitelio o la mayor parte de él, muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente. La NIC grado III (Bethesda) es considerada como carcinoma in situ, debido a que existe una lesión de alto grado compuesta por displasia severa que cubre más de 2/3 del epitelio cervical y en algunos casos incluye todo el grosor del revestimiento cervical. (29, 62).

IV.B.2.2. Etapas del cáncer cérvico uterino:

Existen dos clasificaciones internacionalmente utilizadas, una de ellas se refiere a los cambios histopatológicos y la otra a los cambios clínicos que se presentan en el cáncer cérvico uterino.

IV.B.2.2.a. Sistema o clasificación de Bethesda 2001

Esta se refiere a la nomenclatura citológica de las lesiones cervicales. La mayor utilidad de esta nomenclatura está basada en separar dos tipos de lesiones precursoras del carcinoma (62, 63):

- **Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado de malignidad (LIEBG o L-SIL).** Infección por HPV, condiloma, displasia leve, es lo referente a Neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I) (62, 63).
- **Lesión intraepitelial escamosa de alto grado de malignidad (LIEAG o H-SIL).** Displasia moderada, Displasia grave, Carcinoma in situ (CIS), es lo correspondiente a NIC II y III (62, 63).

La clasificación Bethesda 2001 es la siguiente (62, 63):

Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad.

- Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos.

Anomalías celulares epiteliales

- **EN CÉLULAS ESCAMOSAS**

- * Células escamosas atípicas (ASC)
 - de significado indeterminado (ASC-US)
 - no puede excluirse H-SIL (ASC-H)
- * Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL), comprendiendo:
 - displasia leve/ NIC I
 - VPH
- * Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL), comprendiendo:
 - displasia moderada, severa y CIS/ NIC II y III
 - con características sugestivas de invasión (si se sospecha invasión)
- * Carcinoma epidermoide

• EN CÉLULAS GLANDULARES

* Células glandulares atípicas (AGC)

- endocervicales (NOS (no especificadas) o especificar en comentarios)
- endometriales (NOS o especificar en comentarios)
- glandulares (NOS o especificar en comentarios)

* Células atípicas, sugestivas de neoplasia

- endocervicales
- glandulares

* Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)

* Adenocarcinoma

- endocervical
- endometrial
- extrauterino
- no específico (NOS)

• OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (especificar) (62, 63).

IV.B.2.2.b. CLASIFICACIÓN FIGO

Se refiere a una estadificación clínica, dentro de la cual, según la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO), la clasifica en (65):

0. Carcinoma in situ, lesión intraepitelial cérvico uterina.

I. Carcinoma limitado al cérvix.

IA. Carcinoma microinvasor.

IA1. Invasión del estroma (hasta 3 mm de profundidad y 7mm de diámetro).

IA2. Invasión del estroma (de 3mm hasta 5 mm de profundidad y 7mm de diámetro).

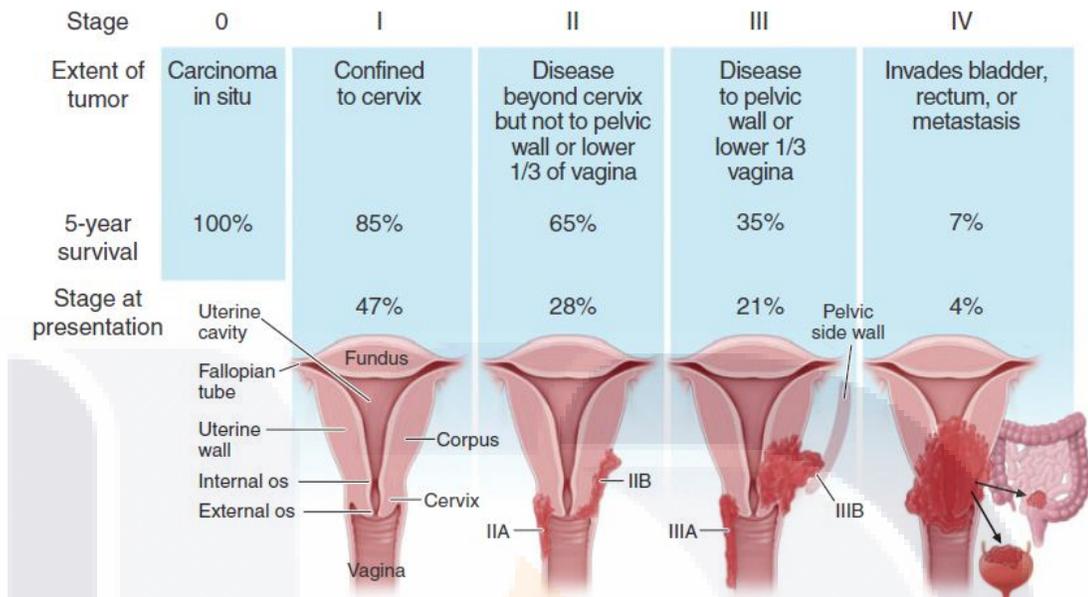


Figura 1. Estadificación de cáncer cérvico uterino; una visualización anatómica de las etapas del cáncer cervical definidas por localización, extensión de tumor, frecuencia de presentación y sobrevida a 5 años. Fuente: Longo (2010).

- IB.** Lesión limitada al cérvix. Es toda lesión macroscópicamente visible incluso con invasión superficial.
 - IB1.** Lesión clínica hasta 4 cm.
 - IB2.** Lesión clínica mayor de 4 cm.
- II.** Invade más allá del cérvix, pero no alcanza la pared pélvica, ni el 1/3 inferior de la vagina.
 - IIA.** Sin invasión parametrial evidente, afecta 2/3 superiores de la vagina.
 - IIB.** Compromiso parametrial evidente, sin afección de pared pélvica.
- III.** Invade a la pared pélvica o tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con hidronefrosis o disfunción renal.
 - IIIA.** No hay extensión a la pared pélvica, invade el 1/3 inferior de la vagina.
 - IIIB.** Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.
- IV.** Invade más allá de la pelvis o afecta clínicamente la mucosa vesical o rectal.

IVA. Extensión a los órganos pélvicos adyacentes.

IVB. Propagación a órganos distantes (30, 64, 65).

IV.B.2.3. Seguimiento:

Durante los primeros **dos años**:

- Citología cervical cada tres meses
- Colposcopia anual

De los **dos a cinco años** posteriores al manejo:

- Citología cervical cada seis meses
- Colposcopia anual

Posterior a **cinco años**, seguimiento de por vida:

- Citología anual
- Colposcopia anual (62).

IV.B.3. EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico de una enfermedad crónica que amenaza la vida de uno de sus integrantes (25, 27). Cuando se padece una enfermedad crónica y/o degenerativa, como el cáncer, se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia (76).

Cuando hablamos de una enfermedad crónica que amenaza la vida del paciente (como el cáncer), él y su familia se enfrentan a una ineludible realidad, somos mortales. Posterior al diagnóstico el paciente y su familia reaccionan de una manera semejante a una situación de duelo, descrita por Kubler-Ross (1969), en la cual se transita por cuatro etapas escalonadas y progresivas, que son: negación, ira, negociación y aceptación (27).

Para explicar los efectos de las patologías sobre el grupo familiar se han desarrollado infinidad de modelos, dentro de estos, el modelo de Rolland es el más completo, el cual distingue tres dimensiones (27):

1. **Tipo psicosocial de la enfermedad.** inicio, curso y pronóstico de la enfermedad (27).

2. **Fases en la historia natural de la enfermedad.**

- Fase de crisis inicial: periodo sintomático anterior al del diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación antes del diagnóstico e iniciando el tratamiento (27).

- Fase crónica: vida normal ante lo "anormal" (vivir en el limbo) (27).

- Fase Terminal: tristeza al anticipar la muerte de un ser amado (27).

3. **Variables claves del sistema familiar.** Este aspecto subraya la importancia de algunas características de la vida familiar, tales como (27):

- Historia trans-generacional de enfermedades, pérdidas y crisis. (27).

- La enfermedad y el ciclo familiar. (27).

La enfermedad y el sistema de creencias. (27).

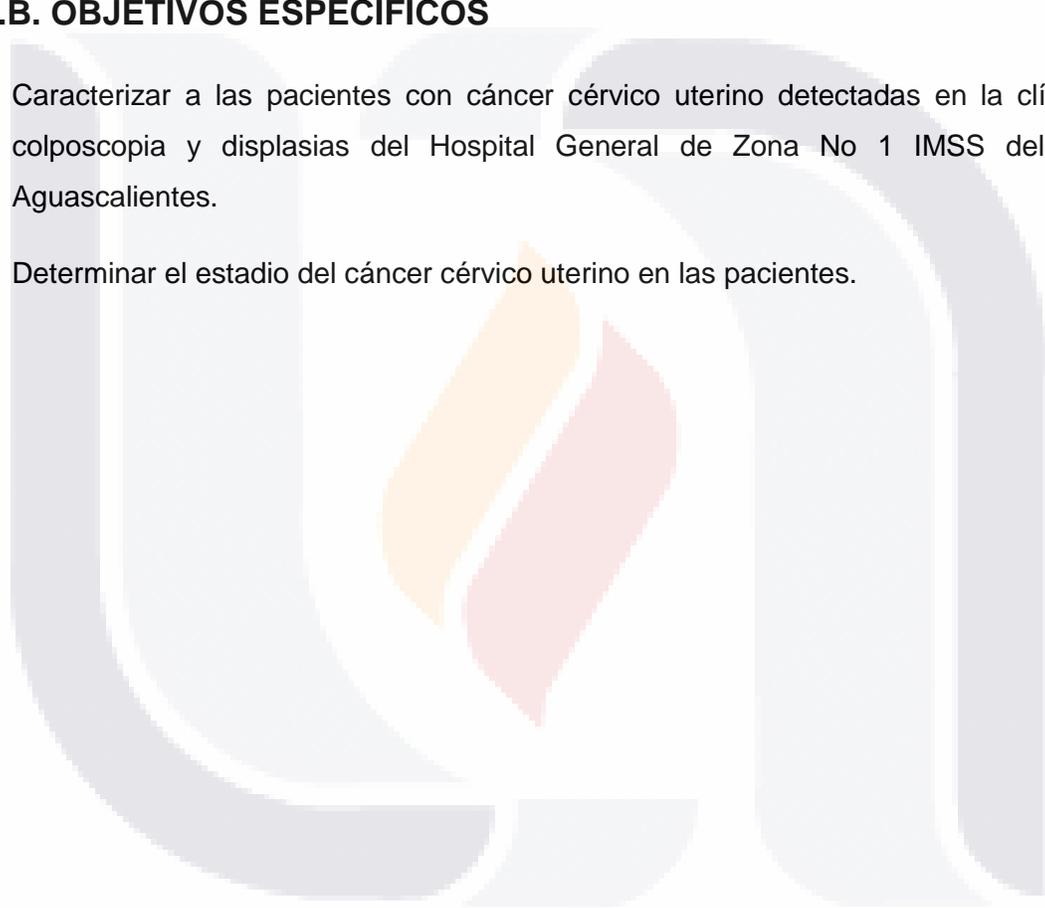
V. OBJETIVO

V.A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la funcionalidad familiar en mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ adscritas al servicio de clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de Zona No 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

V.B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a las pacientes con cáncer cérvico uterino detectadas en la clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de Zona No 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Determinar el estadio del cáncer cérvico uterino en las pacientes.



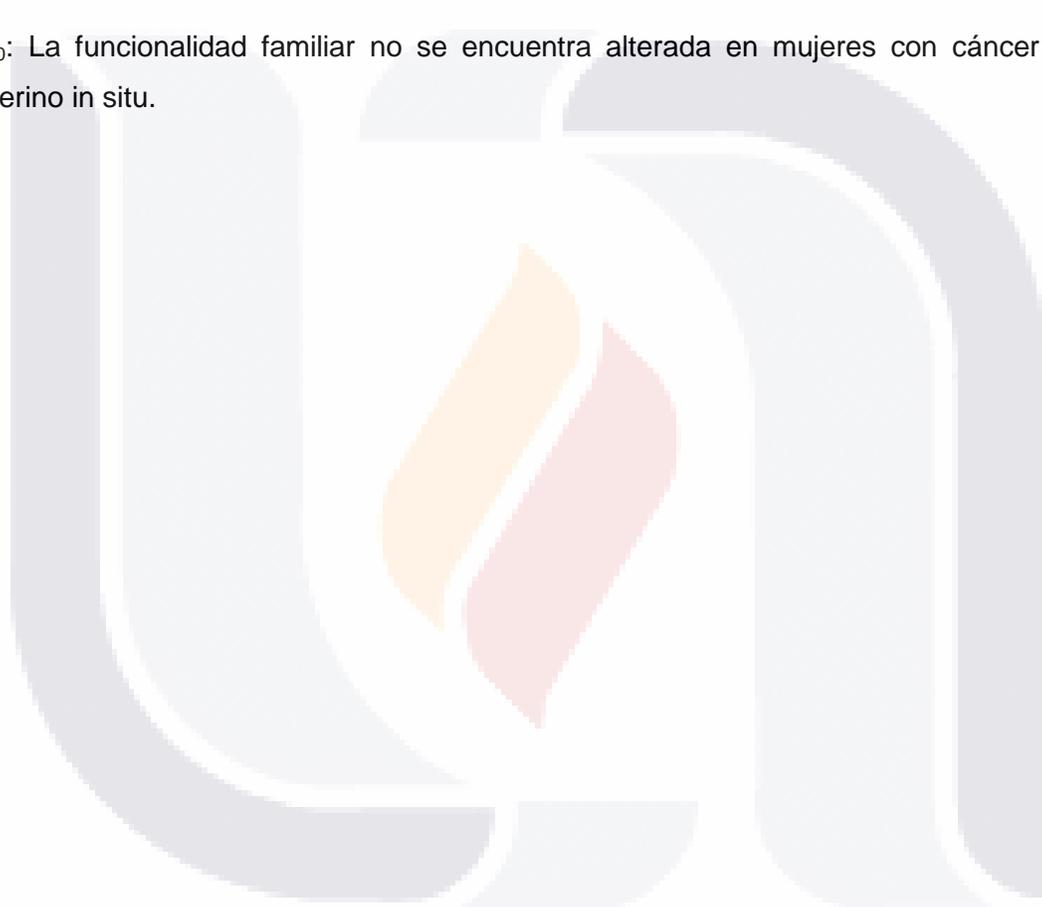
VI. HIPÓTESIS DEL TRABAJO

VI.A. HIPOTESIS ALTERNA

H_a : La funcionalidad familiar se encuentra alterada en mujeres con cáncer cérvico uterino in situ.

VI.B. HIPOTESIS NULA

H_0 : La funcionalidad familiar no se encuentra alterada en mujeres con cáncer cérvico uterino in situ.



VII. MATERIAL Y METODOS

VII.A. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, con selección de sujetos a partir de la exposición, en mujeres con cáncer cérvico uterino in situ.

VII.B. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todas las pacientes con cáncer cérvico uterino in situ en control y seguimiento por Clínica de Colposcopia y Displasias del HGZ No 1 Delegación IMSS Aguascalientes.

VII.B.1. UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes derechohabientes que se encontraron en seguimiento de cáncer cérvico uterino in situ en las Clínicas de Colposcopia y Displasias del Hospital General de Zona No 1 Delegación IMSS Aguascalientes.

VII.B.2. UNIDAD DE ANALISIS:

Mujeres derechohabientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ que se encontraron en seguimiento por Clínica de Colposcopia y Displasias en el HGZ No1.

VII.B.3. CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ atendidas en la clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de Zona No 1 IMSS Delegación Aguascalientes de enero de 2012 a junio de 2013, que aceptaron participar en el estudio.

VII.B.4. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino en etapa diferente a in situ.

Mujeres no adscritas a IMSS con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ.

Mujeres que no aceptaron participar en el estudio.

VII.B.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Mujeres que no completaron el 80% del instrumento FUNQUI.

VII.C. MUESTREO

VII.C.1. TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico, por conveniencia, no aleatorio, tipo censo, de las pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino in situ entre los meses de enero 2012 y junio 2013, que se encontraron en seguimiento por la clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de Zona No1 Delegación IMSS Aguascalientes.

VII.C.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se otorgaron 435 consultas de primera vez en la clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de Zona No 1 de la Delegación IMSS Aguascalientes, de las cuales 43 correspondieron a pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino in situ; por lo anterior la muestra fue de 43 pacientes dado que estas constituyen la totalidad de las pacientes atendidas por esta patología en el periodo de tiempo estipulado para el estudio.

VII.D. LOGISTICA

Ulterior a la autorización del Comité Local de Investigación, a través de un oficio realizado por el Coordinador Delegacional de Investigación en Salud, se informará a las autoridades correspondientes del Hospital General de Zona No 1, Delegación IMSS Aguascalientes, sobre los objetivos del estudio y se dará a conocer el instrumento que será utilizado para la recolección de datos. Al personal directivo correspondiente se le entregará copia del oficio y se informará sobre el tiempo estimado para la recolección de datos y por ende la estancia dentro de las unidades, horarios y lugar de aplicación de las encuestas.

El tiempo estimado para la recolección de datos mediante la aplicación de cuestionarios a las pacientes fue en el turno matutino, debido a que la clínica de displasias del Hospital General de Zona No 1 funciona en este turno.

Previa solicitud y aprobación de dichas autoridades se procedió a visitar la Clínica de Colposcopia y Displasias del hospital y solicitar el listado de pacientes que acudieron a recibir atención en dicho servicio médico; posterior a lo cual se procedió a extraer los nombres y números de afiliación de las pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino in situ, en el periodo comprendido entre enero 2012 y junio de 2013, que se

encontraban en seguimiento por este servicio hospitalario, y constituyeron nuestra muestra de estudio.

Se captó a las pacientes en su cita de seguimiento en Clínica de Colposcopia y Displasias, se les explicaron los objetivos de la investigación y se les invito a participar en el estudio; de aceptar se firmó carta de consentimiento informado y se procedió a dar instrucciones para el llenado del Instrumento FUNQUI, así como del tiempo estimado en contestarlo y el carácter confidencial y anónimo de sus respuestas.

Al finalizar cada día de recolección de datos se guardó la información en una base de datos de Excel para ser tratada de manera ulterior con el programa estadístico SPSS 21, subsiguiente se analizaron e interpretaran los datos obtenidos.

VII.E. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó el Instrumento FUNQUI, que es una encuesta auto aplicable (Quijada Fragoso y cols, 2010) a las pacientes derechohabientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ, el tiempo promedio estimado para la realización de este cuestionario es de 5 minutos y 56 segundos (mínimo 5 minutos 10 segundos y máximo 9 minutos 35 segundos). El instrumento consta de 35 ítems de los cuales los primeros 6 corresponden a variables nominales, una de ellas con respuesta dicotómica 1 (masculino), 2 (femenino), y el resto con respuestas politómicas que deberán ser transformadas y asentadas en la base de datos para su posterior análisis; los posteriores 29 ítems valoran la funcionalidad familiar; dichos ítems se calificaran mediante una escala de frecuencia de cinco grados, tipo Likert, que va de 1(nunca) a 5 (siempre), con excepción de las Áreas de Cuidados en la enfermedad y Violencia en donde los resultados son en negativo, y se valora del 5 (nunca) al 1 (siempre). Instrumento (Anexo A).

VII.F. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se captaron las pacientes oncológicas en consultas de seguimiento en Clínica de Colposcopia y Displasias, se identificaron las pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ, se les comento el estudio y se invitaron a participar; previo consentimiento informado se aplicó el Instrumento FUNQUI para valorar la funcionalidad familiar. Dado que es un cuestionario autoaplicable, se dieron indicaciones para su resolución y

subsecuentemente las pacientes contestaron de manera individual y confidencial dicho instrumento.

VII.G. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

VII.G.1. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Una vez realizados los cuestionarios, los datos obtenidos se concentraron de manera diaria en una base de datos utilizando el programa Excel. Consecutivamente, dichos datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS 21 para así obtener los elementos necesarios para llevar a cabo un análisis e interpretación de los mismos. Además la base de datos de Excel se utilizó para la elaboración de gráficas de frecuencias.

VII.G.2. PLAN DE ANÁLISIS:

Para las variables nominales se desarrollaron distribuciones de frecuencias y tazas, así como graficas de los datos obtenidos.

Para la variable independiente se realizó distribución de frecuencias y tazas, regresión lineal, además de graficas de la información obtenida.

VII.H. TRANSFORMACIÓN DE DATOS

Se recodificaron las variables nominales con 1 y 2 (para dicotómica) y 1 a 4, 1 a 5 o 1 a 6 (para politómicas) según la variable de que se trató para realizar el procesamiento en la base de datos de Excel. Los componentes de la variable independiente (Funcionalidad Familiar) se plasmaron como se encontraron establecidas las respuestas de la paciente ya que esta no requirieron de transformación puesto que se trata de una escala tipo Likert que ya se encuentra categorizada (5 a 1 y 1 a 5, según la pregunta a la que se haga referencia).

VII.I. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

VII.I.1. CONFORMACIÓN Y CALIFICACIÓN:

El instrumento (Anexo A) consta de 35 ítems divididos en dos secciones:

La primera sección está conformada por 6 preguntas que hacen referencia a las características sociodemográficas, comprende la variable nominal dicotómica: sexo (1= masculino, 2= femenino); la variables ordinales: edad (1= 0 a 9, 2= 10 a 19, 3= 20 a 59, 4= más de 60) y escolaridad (1= analfabeta, 2= alfabeta, 3= primaria, 4= secundaria, 5=preparatoria o equivalente, 6= profesional); y las variables nominales politómicas: estado civil (1= casada, 2= soltera, 3= unión libre, 4= divorciada, 5= viuda), ocupación (1= trabaja, 2= estudia, 3= hogar, 4= pensionada o jubilada) y religión (1= católica, 2= cristiana, 3= testigo de Jehová, 4= otra).

La segunda sección incluye 29 ítems que valoran la funcionalidad familiar mediante una escala de frecuencias de cinco grados, tipo Likert, los ítems se califican de manera individual, por área y finalmente en forma global.

Los 29 ítems conforman 10 áreas, las cuales se encuentran concentradas en 3 esferas que son:

Esfera biológica conformada por las siguientes áreas:

- 1) Cuidados en la Enfermedad,
- 2) Violencia,
- 3) Sexualidad y
- 4) Cuidados de la salud.

Esfera psicológica conformada por las siguientes áreas:

- 5) Límites,
- 6) Jerarquías,
- 7) Tareas en casa y
- 8) Afecto.

Esfera social conformada por las siguientes áreas:

- 9) Socialización interna y

10) Socialización externa (23).

De manera individual los ítems se califican de 1 (nunca) a 5 (siempre), excepto los que corresponden a las áreas de cuidados en la enfermedad y violencia donde los resultados se dan en negativo, es decir de 5 (nunca) a 1 (siempre) (23, 60)

Para la evaluación por áreas se suman las calificaciones individuales de los ítems que corresponden a cada una de ellas (Tabla 1), obteniendo como resultado una calificación mínima de 3 y máxima de 15, excepto en el área de sexualidad cuya calificación mínima es 2 y máxima 10 (23, 60).

Para las áreas de cuidados en la enfermedad, violencia, cuidado, límites, jerarquías, tareas en casa, afecto, socialización interna y socialización externa, las calificaciones de 3 a 9 nos indican Área alterada y las calificaciones de 10 a 15 nos reflejan Área no alterada (23, 60).

Para el área de sexualidad, un Área alterada oscila entre calificaciones de 2 a 5, y Área no alterada entre 6 a 10 (23, 60).

Tabla 1. Áreas y formato de calificación de instrumento FUNQUI. Fuente: Quijada Fragoso 2010 (23, 60).

	ÁREA	ITEM	ITEM	ITEM	CALIFICACIÓN
1	Cuidados en la enfermedad	3	9	18	3-15
2	Violencia	16	23	26	3-15
3	Sexualidad	10	19		2-10
4	Cuidado	2	11	20	3-15
5	Límites	1	12	21	3-15
6	Jerarquías	4	13	22	3-15
7	Tareas en casa	6	14	28	3-15
8	Afecto	5	15	24	3-15
9	Socialización interna	7	27	30	3-15
10	Socialización externa	8	17	25	3-15

Para conseguir el resultado de la Funcionalidad familiar se suman las áreas, obteniendo como clasificación mínima 29 y máxima 145. Se considera Familia disfuncional la que logra una calificación de 29 a 87 y una Familia funcional es aquella que posee calificaciones entre 88 y 145 (23, 60).

VII.I.2. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Este instrumento obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0.88 para la prueba test-retest (23, 60).

Tiene una concordancia inter observador de 0.79 de Índice de Kappa de Fleiss (23, 60).

Este instrumento posee una adecuada consistencia interna valorada mediante alfa de Cronbach de manera general de 0.87, y por área que lo conforma, alfa de Cronbach de 0.82 en las áreas de cuidados en la enfermedad y sexualidad, 0.84 en el rubro de cuidado, 0.86 en el área de límites, 0.87 en el apartado de violencia, 0.88 en el aspecto de tareas en casa, 0.90 en los rubros de afecto y socialización interna y 0.92 en las áreas de jerarquías y socialización externa (23, 60).

VII.J. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VII.J.1. VARIABLE DEPENDIENTE:

Mujeres con diagnóstico de **cáncer cérvico uterino in situ**. Es una lesión neoplásica del cérvix, en la que todo el epitelio o la mayor parte de él, muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente (29, 62) (Anexo B).

VII.J.2. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Funcionalidad familiar. Capacidad de la familia para poder superar las crisis familiares que se presentan en el ciclo vital familiar cubriendo con las necesidades básicas de la familia (53) (Anexo B).

VII.J.3. VARIABLES NOMINALES:

Factores Sociodemográficos. Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo (75). Estas son: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y religión (Anexo B).

VII.K. ASPECTOS ETICOS

Por referirse a un protocolo en el área médica nos apegaremos a lo establecido en el Reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. En este estudio, según lo establecido por el artículo 13, se cuidarán los derechos, bienestar y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dignidad de las pacientes por lo que se evitarán los juicios o comentarios acerca de las respuestas consignadas en los cuestionarios, así como se asegurará la confiabilidad de los datos. La participación será voluntaria, individual y anónima, esto en el marco del artículo 14. Dentro de este estudio no existe riesgo para los sujetos participantes, ya que no es un protocolo de intervención o invasión (artículo 17). En el apartado de anexos se encuentra la carta de consentimiento informado para este estudio (Anexo C).

VII.L. RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

1. **Recursos humanos.** Investigador principal, tesista.
2. **Recursos materiales.** Laptop, unidad USB, software de los programas que se utilizarán en el protocolo (Excel, Word, Adobe PDF y SPSS 21), conexión a internet, impresora, consumibles de equipo de cómputo e impresión y fotocopias; así como artículos de papelería necesarios tanto para la revisión y análisis de bibliografía como para la aplicación del instrumento a los sujetos de estudio (bolígrafos, lápices, hojas de máquina, marcatextos, pellizquetas). Dentro de este rubro también se engloba lo referente a los costos de transporte y comunicación vía telefónica.

VIII. RESULTADOS

Para las variables sociodemográficas – edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y religión – se realizaron tablas de distribución de frecuencias (Anexo E, Tabla 2) encontrándose que el 79.1% (34) de las mujeres se encuentran entre las edades de 20 a 59 años y un 18.6% (8) tienen más de 60 años (Anexo F, Gráfica 1); en cuanto al estado civil el 55.8% (24) son casadas, el 20.9% (9) son solteras y el 14% (6) son viudas (Anexo F, Gráfica 2); hablando de escolaridad en este estudio encontramos que un 37.2% (16) cuentan con nivel primaria y solo un 11.6% (5) tiene el nivel profesional (Anexo F, Gráfica 3); al hacer referencia a la ocupación tenemos que 51.2% (22) se dedican al hogar y 32.6% (14) son trabajadoras (Anexo F, Gráfica 4); finalmente observamos que la religión católica es la predominante en nuestra población de estudio contando con el 76.7% (33) de las pacientes encuestadas (Anexo F, Gráfica 5).

En cuanto a nuestra variable independiente (Funcionalidad Familiar) tenemos que fue medida por el instrumento FUNQUI el cual cuenta con 29 ítems, las respuestas dadas a dichos ítems por las 43 pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ mostraron una tendencia de “a veces” a “siempre”, lo cual se muestra en la distribución de frecuencias absolutas de los 29 ítems en la Tabla 3 y la Gráfica 6 (Anexos E y F). También se realizó una distribución de frecuencias de la variable independiente, funcionalidad familiar, manejada en las diferentes dimensiones que evalúa el instrumento FUNQUI (Anexo E, Tabla 4); donde se aprecia que un 90.7% (39) de las mujeres tienen una familia funcional de manera global (funcionalidad familiar conservada) (Anexo F, Gráfica 7); al enfocarnos en las diferentes dimensiones tenemos que, en la dimensión cuidado de la enfermedad 95.3% (41) reportaron tener una área alterada, un 83.7% (36) no tuvieron área alterada en relación a violencia. En un 88.4% (38) los límites se encuentran alterado; en Jerarquías, Afecto y Socialización interna más del 80% de las mujeres no tuvieron el área alterada en esas dimensiones de la funcionalidad familiar; en cuanto a las áreas de Tareas en casa y Socialización externa en más del 60% de las pacientes se encontraron alteradas y por último el 51.2% (22) la dimensión de sexualidad no estuvo alterada (Anexo F, Gráfica 8).

Finalmente se realizó una regresión lineal para conocer la relación de las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y religión) con la variable independiente (funcionalidad familiar) (Anexo E, Tabla 5). Se encontró que con

un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, de las 5 variables sociodemográficas que se analizaron para verificar si estas influyen en la funcionalidad familiar ninguna es estadísticamente significativa ya que el valor de $p > 0.05$ por lo que estas variables sociodemográficas no influyen en la funcionalidad familiar; se encontró un valor de $R^2 = 0.058$ que nos indica que a medida que disminuye cada variable sociodemográfica no aumenta la funcionalidad familiar.



IX. DISCUSION DE RESULTADOS

En la funcionalidad familiar García Leetch (2009) encontró que el 92.2% de las mujeres con cáncer cérvico uterino pertenecen a una familia funcional de acuerdo con el APGAR familiar, 5.6% a familias moderadamente disfuncionales y 2.2% presentan disfunción severa (63), prácticamente a la par de lo encontrado en este estudio donde mediante el Instrumento FUNQUI se aprecia que un 90.7% de las mujeres con cáncer cérvico uterino tienen una familia funcional y el 9.3% presentan disfunción familiar; sin embargo Calle Misto (2009) estudio pacientes con cáncer y encontró, según APGAR en pacientes con depresión grave y cáncer, que el 53% pertenecen a familias normofuncionales, el 32.5% a familiar moderadamente disfuncionales, y el 13.4% a familias gravemente disfuncionales (69). Lo anterior probablemente se explica debido a que García Leetch tiene una población similar a la estudiada en nuestra investigación (mujeres con cáncer cérvico uterino) y Calle Misto estudio una población de características sociodemográficas y patológicas diferentes (pacientes hospitalizados de todos los grupos de edad y con depresión grave y diferentes tipos de cáncer) lo cual hace que los resultados adquieran tintes diferentes.

En cuanto a las dimensiones de la funcionalidad familiar con el instrumento FUNQUI no existe bibliografía disponible para realizar discusiones y/ o comparaciones de los diferentes aspectos del mismo debido a que se trata de un instrumento relativamente nuevo y no se ha aplicado previamente en pacientes con cáncer cérvico uterino in situ.

Al hablar de la relación que existe entre las variables sociodemográficas y la funcionalidad familiar se obtuvo que no es estadísticamente significativa debido a que el valor de p es >0.05 por lo que las variables sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y religión no influyen en la funcionalidad familiar; además se encontró un valor de $R^2_a = -0.058$ que nos indica que a medida que disminuye cada variable sociodemográfica no aumenta la funcionalidad familiar. En contraste con García Leetch (2009) quien encontró que existen una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre edad y funcionalidad familiar, teniendo que las mujeres mayores de 30 años (excepto el grupo de entre 51 y 60 años) cuentan con familias extremas (familias disfuncionales) (31-40 años 52.38%, 41-50 años 54.54%, 61-70 43.75% y mayores de 70 años 100%), según el FACES II y las menores de 30 años se ubican en familias moderadamente balanceadas (familias funcionales) (87%) (63); además en el mismo estudio de García

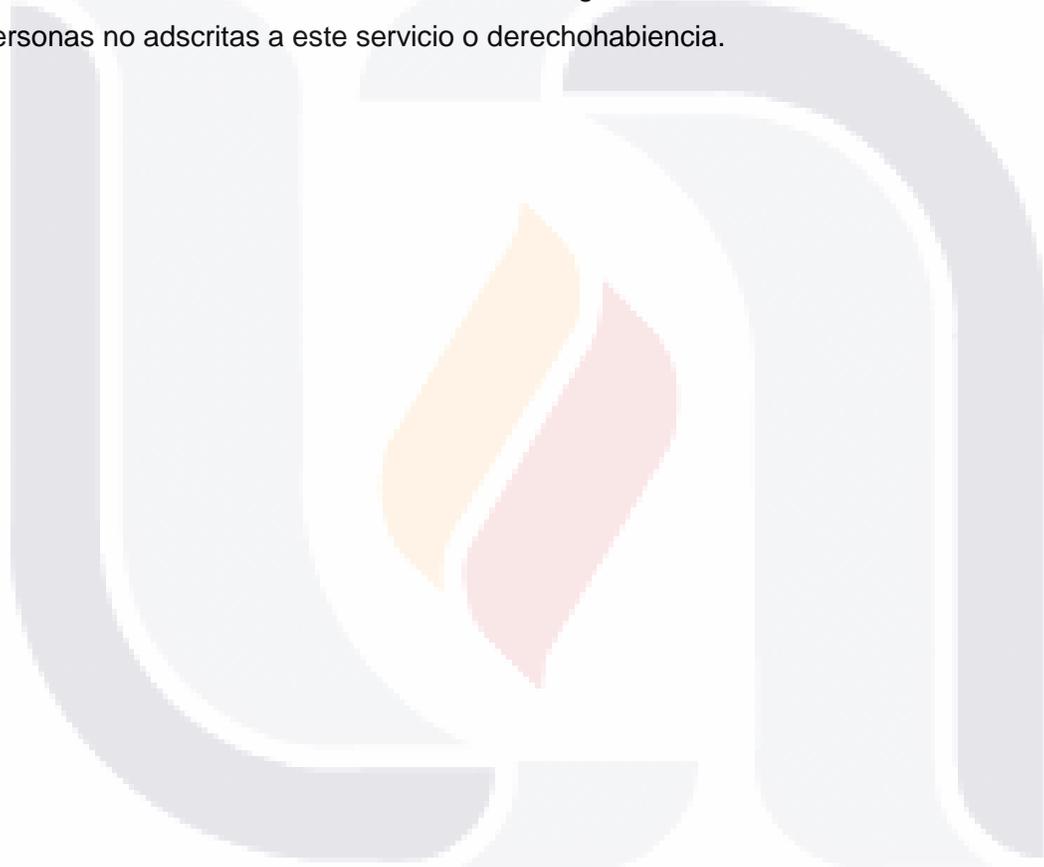
Leetch, al igual que en el presente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil, escolaridad y ocupación en relación a la funcionalidad familiar (63).



X. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el hecho de que contamos con una muestra pequeña de pacientes la cual infiere cierto grado de sesgo en nuestro estudio.

Esta limitante es consecuencia de una limitante más que se refiere a la selección de pacientes, ya que solo se encuentran a usuarias de la clínica de colposcopia y displasias del HGZ No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, sin tomar en consideración a personas no adscritas a este servicio o derechohabiencia.



XI. RECOMENDACIONES

Promover la realización de investigaciones sobre el ámbito de la funcionalidad familiar donde se lleven a cabo estrategias para incorporarla en el estudio integral de todos y cada uno de los pacientes, no solo en los pacientes oncológicos, sino en todo paciente.

Además de llevar a cabo la realización de estudios de intervención y comparativos pre y post diagnóstico de patologías crónicas, incluyendo las oncológicas.

Hacer del conocimiento de los directivos los resultados de esta investigación para lograr que se aprecie la necesidad de llevar a cabo un adecuado estudio de familia, en el cual se incluya la funcionalidad familiar de manera rutinaria en todos los pacientes, para así poder realizar intervenciones en el núcleo familiar que favorezcan la cooperación familiar en la enfermedad de uno de sus miembros.

Difundir y ejercer en el campo de acción de la medicina familiar, nuestro conocimiento, objetividad y empatía funcional para que contribuya a llevar a cabo una contribución significativa en el paciente oncológico y todos y cada uno de los miembros de su familia.

Realizar la integración del médico familiar en el equipo multidisciplinario que se encuentra a cargo de los pacientes oncológicos, debido a que está involucrado en mejorar la relación y comunicación con el paciente, facilitar el apoyo y la comunicación intrafamiliar y controlar el dolor mejorando la calidad de vida del enfermo.

Valorar la funcionalidad familiar de las pacientes con cáncer cérvico en el momento del diagnóstico y de manera periódica para evaluar los cambios en la misma y poder implementar acciones para corregir las anomalías detectadas de manera oportuna.

Favorecer la creación de grupos de autoayuda para mujeres con cáncer cérvico uterino para generar un espacio de expresión para este grupo vulnerable.

CONCLUSIONES

Se determinó el estadio del cáncer cérvico uterino de las pacientes de la clínica de colposcopia y displasias del HGZ No 1 IMSS delegación Aguascalientes y se clasificaron en in situ y otro estadio.

Se caracterizaron las variables sociodemográficas de las pacientes con cáncer cérvico uterino in situ adscritas a la clínica de colposcopia y displasias del Hospital General de zona No 1 IMSS delegación Aguascalientes.

No se identificó relación entre las variables sociodemográficas y la funcionalidad familiar de las mujeres con cáncer cérvico uterino in situ de la clínica de colposcopia y displasias del HGZ No 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se rechaza la Hipótesis alterna: la funcionalidad familiar se encuentra alterada en mujeres con cáncer cérvico uterino in situ, ya que la disfuncionalidad familiar se presenta en el 9.3% de la población estudiada.

Se acepta la Hipótesis nula: la funcionalidad familiar no se encuentra alterada en mujeres con cáncer cérvico uterino in situ, debido a que existe un 90.7% de las pacientes con cáncer cérvico uterino in situ con funcionalidad familiar conservada.

No se presentaron asociaciones entre las variables sociodemográficas, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y religión, y la variable independiente, funcionalidad familiar.

GLOSARIO

Morbilidad. Proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar (29).

Mortalidad. Número proporcional de defunciones en población o tiempo determinados (29).

Funcionalidad familiar. Capacidad de la familia para poder superar las crisis familiares que se presentan en el ciclo vital familiar cubriendo con las necesidades básicas de la familia (53).

Familia funcional. Aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y que promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos, de forma tal que sus interacciones y relaciones le permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar (17).

Familia disfuncional. La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Se señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (48).

Homeostasis. Homeostasis o morfostasis es el proceso que permite la estabilidad relativa en momentos de presiones evolutivas (dentro del ciclo vital de la familia) u otras tensiones (enfermedades, desempleo, separaciones, mudanzas, etc.), puede existir homeostasis disfuncional de bloquea o dificulta el cambio necesario al momento evolutivo de la familia (46).

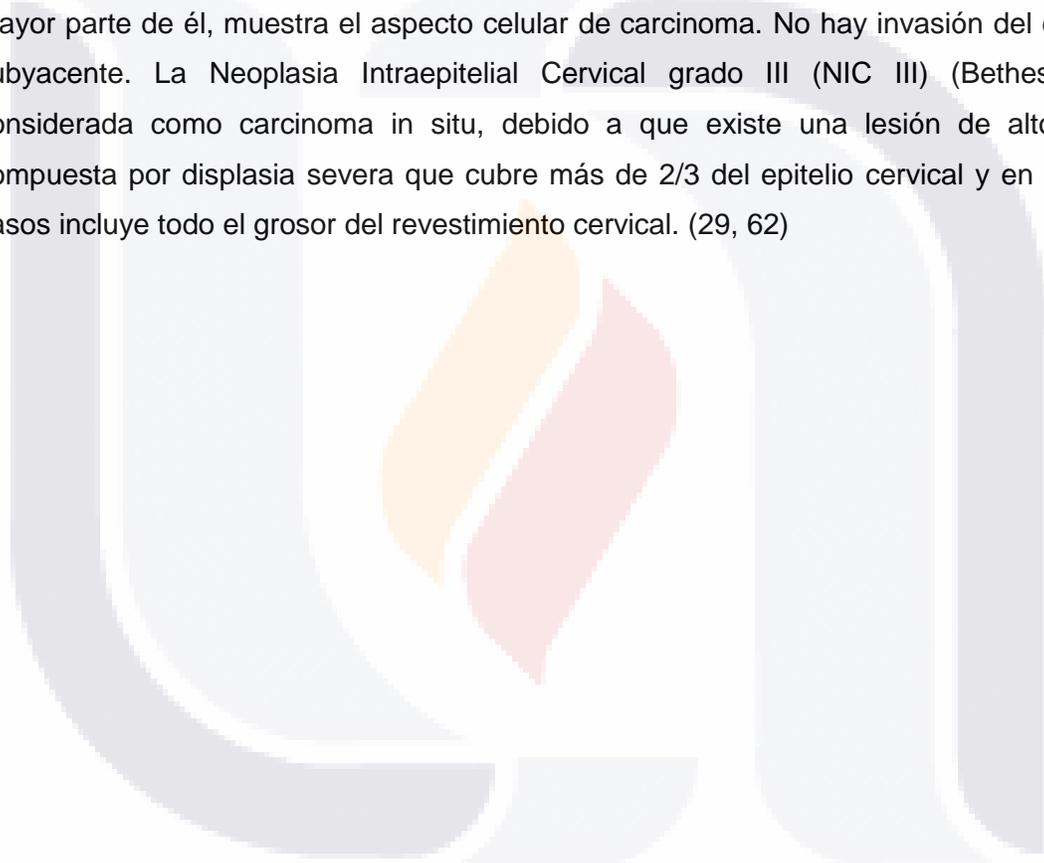
Morfogénesis. La función de control que permite a la familia responder apropiadamente por medio de una reorganización estructural (46).

Colposcopia. Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico, a través del cual se puede observar la vagina y el cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, en el cual se pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica (28).

Displasia. Anomalía de desarrollo, con pérdida de la estructura de todo el epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares (28).

Cáncer cérvico uterino. Alteración celular que se origina en el epitelio de la unión escamocolumnar (zona de transformación) del cérvix y que se manifiesta, inicialmente, a través de lesiones intraepiteliales precursoras de bajo y alto grado, de avance lento y progresivo hacia cáncer invasor (29, 62).

Carcinoma in situ. Es una lesión neoplásica del cérvix, en la que todo el epitelio o la mayor parte de él, muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente. La Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III (NIC III) (Bethesda) es considerada como carcinoma in situ, debido a que existe una lesión de alto grado compuesta por displasia severa que cubre más de 2/3 del epitelio cervical y en algunos casos incluye todo el grosor del revestimiento cervical. (29, 62)



BIBLIOGRAFÍA

1. INEGI [Revista electrónica] Publicado 4 de febrero de 2013 [consultado 12/03/2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/cancer0.doc>.
2. INEGI [Revista electrónica] Publicado 2012 [consultado 19/05/2013]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aeum/2012/Aeeum10_1.pdf
3. INEGI [Revista electrónica] Publicado 2011 [consultado 20/02/2013]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2011/Aepef2011.pdf
4. INEGI [Revista electrónica] Publicado 2011 [consultado 22/02/2013]. Disponible en: http://www.google.com.mx/#hl=es&client=psyab&q=panorama+sociodemogr%C3%A1fico+de+m%C3%A9xico&oq=panorama+sociodemografico+&aq=0&aqi=g1gK3&aql=&gs_l=serp.1.0.0i30i3.3821.10659.0.13911.28.21.0.0.0.0.1820.9879.32j0j1j4i0j3.10.0...0.0.h9o93Ut7ul&pbx=1&bav=on.2.or.r qc.r pw.r qf.,cf.osb&fp=c1adb410ad343e46&biw=979&bih=466
5. INEGI [Revista electrónica] Publicado 2010 [consultado 20/01/2013]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mhog14&s=est&c=22224>
6. INEGI [Revista electrónica] Publicado 2010 [consultado 20/01/2013]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/ags/01_principales_resultados_cpv2010.pdf
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, DOF [Revista electrónica] Publicado 25/06/2009 [consultado 20/02/2013]. Disponible en: http://www.redipd.org/documentacion/legislacion/common/legislacion/mexico/constitucion_mexico.pdf

8. Ley General de Salud, DOF [Revista electrónica] Publicado 24/04/2013 [consultado 20/05/2013]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

9. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, DOF [Revista electrónica] Publicado 29/11/2006 [consultado 20/04/2013]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/transparencia/marco_normativo/RegInt.pdf

10. Ley del Seguro Social, DOF [Revista electrónica] Publicado 26/05/2012 [consultado 02/02/2013]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>

11. Ley de Salud del Estado de Aguascalientes, Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes [Revista electrónica] Publicado 08/08/2011 [consultado 22/01/2013]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Aguascalientes/wo18685.pdf>

12. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, DOF [Revista electrónica] Publicado 30/11/2006 [consultado 16/01/2013]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/reglamentos/Documents/4045_RPMIM_SS.pdf

13. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 [Revista electrónica] Publicado 2007 [consultado 20/02/2013]. Disponible en: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf

14. Plan Nacional de Salud [Revista electrónica] Publicado [consultado 20/01/2013]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf

15. Programa Sectorial de Salud [Revista electrónica] Publicado 2007 [consultado 23/03/2013]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Focalizada/Documents/PNDSalud.pdf>

16. Calderón Castañeda F; Lomelí Rivas A; Barbosa Vivanco M. Guía Clínica de Orientación y Psicoterapia Familiar [Revista electrónica] Abril 2011 [consultado 06/04/2013] Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-DM-05.pdf>

17. Zicavo N., Palma C. y Garrido G. Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Reconociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [Revista electrónica] 2002 [consultado 08/04/2013];10(1): 34-39 Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/596/325>

18. Martin Staci, Calabrese Sarah K., Wolters Pamela L., Walker Katherine A., Warren Katherine and Hazra Rohan. Family Functioning and Coping Styles in Families of Children With Cancer and HIV Disease. Clin Pediatr [Revista electrónica] 25 agosto 2011 [consultado 18/06/2013];51(1): 58-64. DOI: 10.1177/0009922811417300. Disponible en: <http://cpj.sagepub.com/content/51/1/58>

19. Olson David H., Sprenkle Douglas H., Russell Candyce S. Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Family Process. [Revista electrónica] 1979; [consultado 18/07/2013];18(1): 3-28. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/437067> .

20. Lewandowski y cols. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. J Pain [Revista electrónica] noviembre 2010 [consultado 10/07/2013];11(11): 1027–1038. DOI:10.1016/j.jpain.2010.04.005. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2993004/pdf/nihms201622.pdf>

21. Alderfer y cols. Family Functioning and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescent Survivors of Childhood Cancer. J Fam Psychol [Revista electrónica] octubre 2009

[consultado 11/07/2013];23(5): 717–725. DOI:10.1037/a0015996. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777540/pdf/nihms-152850.pdf>

22. Marsac Meghan L y Alderfer Melissa A. Psychometric Properties of the FACES-IV in Families of Pediatric Oncology Patients. J Pediatr Psychol [Revista electrónica] 10 de febrero 2010 [consultado 20/06/2013];pp: 1–11, DOI:10.1093/jpepsy/jsq003. Disponible en:
<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/early/2010/02/10/jpepsy.jsq003.full.pdf+html>
23. Quijada Fragoso Miguel Ángel y cols. Diseño y validación de un instrumento de funcionalidad familiar. Médico de Familia [Revista electrónica] 2010 [consultado 21/05/2013];18(2): 89-96. Disponible en: <http://sovemefa.net.ve>
24. Rolland J. S. y Rolland John S. Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona, España: Gedisa; 2000.
25. Sistema Institucional de Mortalidad (SISMOR) [Revista electrónica] 2012 [consultado 16/08/2013]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/estadisticas/dis/Pages/default.aspx>
26. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012-2013.[Revista electrónica] 2013 [consultado 22/08/2013]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20122013/InformeCompleto.pdf>
27. Velasco M. L. y Sinibaldi J. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno;2001.
28. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994 [Revista electrónica] 1994 [consultado 20/03/2013]. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>

29. Guía de práctica clínica: Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención [Revista electrónica] 2008 [consultado 20/03/2013]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
30. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvicouterino [Revista electrónica] 2010 [consultado 20/03/2013]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
31. Guijarro Expósito Antonio. Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres [tesis doctoral]. Madrid (ESP); 2009. Disponible en: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccsyhum/cs251.pdf>
32. Toledano Toledano Filiberto. Las dimensiones del funcionamiento familiar en el proceso de enfermedad crónica infantil. Resumen de trabajo profesional, proyecto de investigación. SMIP [Revista electrónica] 2010 [consultado 30/08/2013]. Disponible en: http://tagit.idex.mx/smip2010/contenido/resumenes/procesos_psicosociales_clinica_y_salud/Filiberto_Toledano_Toledano_2.pdf
33. Delgadillo Hernández Alma Olga, López Coutiño Berenice, Cabral Gallo María del Consuelo, Sánchez Zubieta Fernando Antonio. Funcionamiento familiar de adolescentes con leucemia. Psicología Iberoamericana [Revista electrónica] Enero-Junio de 2012 [consultado 30/08/2013];20(1): 48-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623006.pdf>
34. Pérez Cárdenas Clara, Rodríguez-Herrera Fidelina. Repercusión familiar de un diagnóstico oncológico. Rev Psicología para América Latina [Revista electrónica] Febrero 2005 [consultado 30/08/2013];3. Disponible en: <http://www.ulapsi.org/porta/arquivos/revistas/Numero-3.pdf>
35. Díaz Gloria, Yaringaño Juan. Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Revista IIPSI [Revista electrónica] 2010 [consultado 03/09/13];13 (1):

69–86. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v13_n1/pdf/a04.pdf

36. Díaz Ismara, Vásquez Oriana. La dinámica familiar en el proceso de atención a pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas en el hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, municipio Sucre, Cumana-estado Sucre 2011 [Tesis para grado de licenciatura]. Cumaná: Universidad de oriente núcleo de Sucre; 2012. Disponible en:

<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/3736/1/tesis%20digital%20diaz.pdf>

37. Cabrera A, Ferraz R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista Biomedicina, Medicina Familiar y Comunitaria [Revista electrónica] Marzo 2011 [consultado 08/09/2013];VI (1): 42–48. Disponible en:
http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina_marzo2011/impacto_del_cancer_en_la_dinamica_familiar.pdf

38. González Sala Francisco, Gimeno Collado Adelina, Meléndez Moral Juan Carlos, Córdoba Iniesta Ana. La percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial. Escritos de Psicología [Revista electrónica] abril 2012 [consultado 31/07/2013]; 5(1): 34-39. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000100005&lng=en

39. Norma Institucional 2000-001-019 [Revista electrónica] [consultado 25/03/2013]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Documents/DPM/2000-001-019.pdf>

40. INEGI [Revista electrónica] 2012 [consultado 20/06/2013]. Disponible en:
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2005/violencia05.pdf>

41. Herrera Santi Patricia María. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. Rev Hum Med [Revista en la Internet]. Agosto 2012 [consultado 01/08/2013]; 12(2): 184-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200003&lng=es
42. García Leetch Elisa. Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino y factores asociados [Tesis de especialidad]. Orizaba (VER): Universidad Veracruzana; 2009. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30747/1/GarciaLeetchElisa.pdf>
43. Ortiz Gómez María T., Lauro Bernal Isabel, Jiménez Cangas Leonor y Silva Ayzaguer Luis C. Proyectos de intervención en salud familiar: una propuesta método. Rev Cubana Salud Pública [Revista electrónica] 2000 [consultado 26/09/2013]; 26(1): 12-16. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_1_00/spu02100.pdf
44. Gonzales Gallegos Juan Max. La familia como sistema. Rev Paceaña Med Fam [Revista electrónica] 2007 [consultado 26/09/2013];4(6):111-114. Disponible en: http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/4%20LA%20FAMILIA%20COMO%20SISTEMA.pdf
45. Von Bertalanffy Ludwig. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. 1ª edición en español. México (D.F.): Fondo de cultura económica; 1976. Disponible en: www.espins.com/wen/Scientia
46. Peñalva Carmen. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista estructural". Salud Mental [Revista electrónica] abril 2001 [consultado 28/09/2013]; 24 (2): 32-42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58222406.pdf>
47. Arias C. Liliana, Herrera Julián A. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica [Revista electrónica] 1994 [consultado 05/10/2013]; 25: 26-8. Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=16603&id_seccion=800&id_ejemplar=1728&id_revista=69

48. Herrera Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med gen Integr [Revista electrónica] 1997 [consultado 06/10/2013]; 13(6): 591-5. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=20854&id_seccion=1616&id_ejemplar=2142&id_revista=108
49. Ochoa de Alda Inmaculada. Enfoques en terapia familiar sistémica. España: Editorial Heder; 1995. pp: 36-42, 127.
50. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006 [Revista electrónica] 2001 [consultado 15/06/2013]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/cancer_cervico_uterino.pdf
51. Secretaría de Salud: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico Cáncer cervicouterino 2007-2012 [Revista electrónica] 2007 [consultado 16/06/2013]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html>
52. González Gutiérrez Orlando; Fonseca Fonseca Juan Carlos; Jiménez Jordan Luz Cristina. El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida: narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. Diversitas, Bogotá [Revista electrónica] Diciembre 2006 [consultado 16/10/2013]; 2(2): 259-277. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200007&lng=en&nrm=iso o <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v2n2/v2n2a07.pdf>
53. Espejel Aco María Emma y Cols. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. 2da Edición. México (D. F.): Instituto de la Familia A.C; 2008.

54. Minuchin S., Montalvo B., Guerney B. G., Rosman B. L. y Schumer J. Families of the slums an exploration of their structure and treatment. Nueva York (EEUU): Basic Book; 1967. Disponible en <http://www.quedelibros.com/libro/56849/Familias-Y-Terapia-Familiar.html>
55. Minuchin S. y Fishman H. Ch. Técnicas de terapia familiar. México: Paidós; 1981.
56. Olson D. H., Rusell C. S. y Sprenkle D. H. Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical Update. Fam Process [Revista electrónica] 1983 [consultado 26/10/2013]; 22: 69–83. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x/full>
57. Epstein N. B., Bishop D. S. y Baldwin L. M. The McMaster family assessment device. J Marital Fam Ther [Revista electrónica] 1983 [consultado 28/10/2013]; 9(2): 171-180. Disponible en: <http://parentcity.org/wp-content/uploads/2013/03/the-mcMaster-FAD-description-paper.pdf>
58. Schoenfeld Matilde. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Editorial Pax México; 2006.
59. Suárez Cuba Miguel Ángel. El médico familiar y la atención a la familia. Rev Pacea Med Fam [Revista electrónica] 2006 [consultado 29/10/2013]; 3(4): 95-100.
60. Quijada Fragoso Miguel Ángel y col. Diseño y validación de un instrumento de funcionalidad familiar en la U. M. F. 64 Tequesquinahuac, Estado de México, IMSS de julio del 2008 a enero 2010 [tesis de especialidad]. Toluca Edo México): Universidad Autónoma del Estado de México; 2010.
61. Anzurez R, Chávez V, García MC, Pons ON. Medicina Familiar. México: Editorial Corporativa Intermédica; 2008.
62. Rico Morlán FJL y cols. Cervical cancer, the importance for the general practitioner. GAMO [Revista electrónica] Mayo-Junio 2009 [consultado 30/10/2013]; 8(3): 127-131.

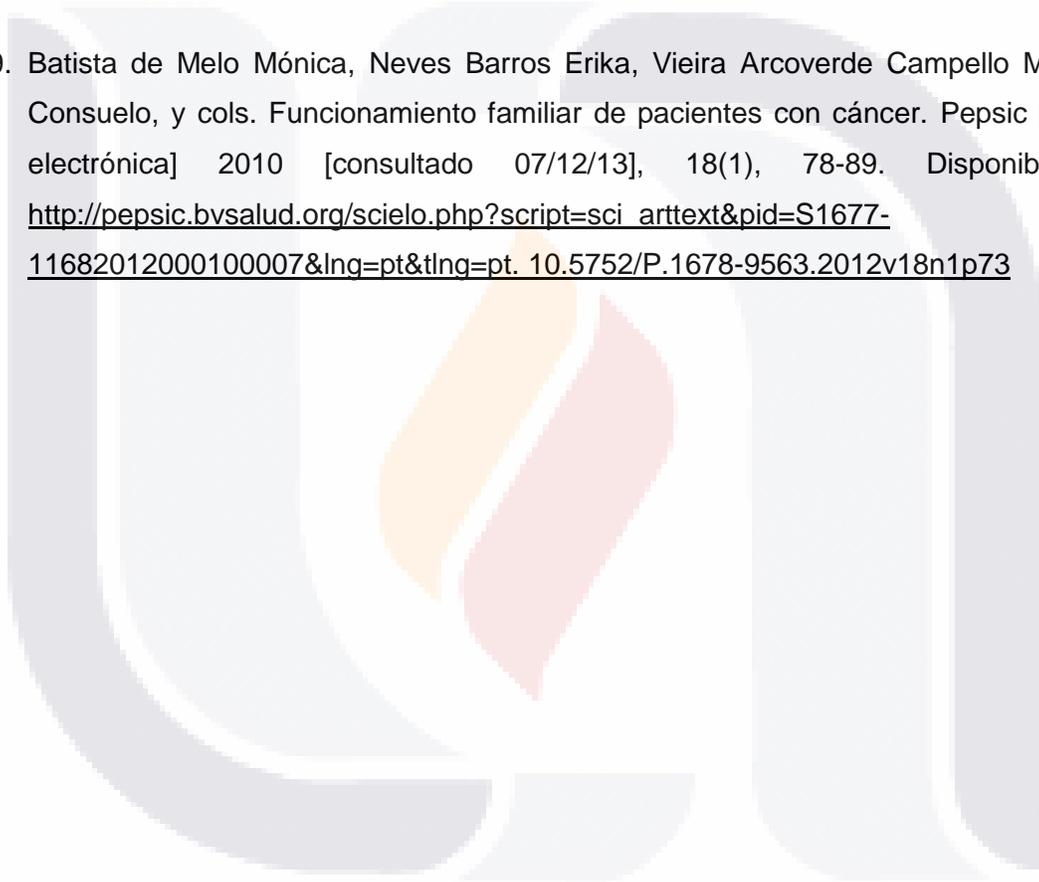
Disponible en:
http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/gaceta_mexicana_oncologia/Cancer%20cervicouterino.pdf

63. Lacruz Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Rev Esp Patol [Revista electrónica] 2003 [consultado 28/10/2013]; 36(1): 5-10. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/pdf%20patologia%2036-1/36-1-02.pdf>
64. Sankaranarayanan R. y Wesley R. S. A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia. Technical Publication No. 41. Lyon (France): WHO - IARC; 2003. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/doc/viavilimanual.pdf>
65. Longo Dan L. HARRISON'S Hematology and Oncology. México: McGraw Hill Medical; 2010; pp: 284-293 y 536-538.
66. Martínez Borrero Pedro. Funcionalidad familiar y diabetes tipo 2. Revista de la Universidad del Azuay, Universidad – Verdad [Revista electrónica] Diciembre 2009 [consultado 10/11/2013]; 50(15): 9-23. Disponible en: http://uazuay.edu.ec/bibliotecas/publicaciones/uv-50_small.pdf
67. Villafaña Montiel Lourdes Gabriela y cols. El papel de la familia en la enfermedad. Revista de psicología de la Universidad del Estado de México [Revista electrónica] Enero - Diciembre 2011 [consultado 10/11/2013]; 1(4): 56-66. Disponible en: <http://www.seduca2.uaemex.mx/download/RS-4-OCT2012.pdf#page=56>
68. García Maldonado G. y cols. Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina. ALCMEON [Revista electrónica] Junio 2011 [consultado 10/11/2013]; 65, año XX; 17(1): 64-73). Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/17/06_maldonado_uterino.pdf
69. Calle Misto L. Efecto de la depresión en las funciones familiares de pacientes oncológicos del Hospital Obrero No 2 de la CNS. Rev. méd. Soc. Cochabambina

Med. Fam [Revista electrónica] Enero 2009 [consultado 11/11/2013]; 1:1(6): 27-32.
Disponible en: http://www.socomefa.com/revista/vol1/1_1/1_1_27_32.pdf

70. Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. 3ra edición. Buenos Aires (Arg): Editorial Gedisa; 1982.
71. Mamani Cabana Adolfo Edgar. Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama [tesis maestría]. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de psicología; 2008. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/620/1/mamani_ca.pdf
72. Castro Vásquez Ma del Carmen, Arellano Gálvez Ma del Carmen. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cérvico uterino in situ. Sal Púb Méx [Revista electrónica] 2010 [consultado 11/11/2013]; 52(3): 207-212. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002460> o <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2010/Mayo%20Junio/4-mujeres.pdf>
73. Cervera Enguix Salvador y Aubá Guedea Enrique. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. Boletín de Psicología [Revista electrónica] Noviembre 2005 [consultado 08/11/2013]; 85(23): 7-29, disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/n85-1.pdf>
74. Conceptos básicos para el estudio de las familias [editorial]. Archivos de Medicina Familiar, 2005; 7 supl 1: 14-19.
75. Álvarez C. Luz Stella. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Geren. Política Salud Bogotá [Revista electrónica] Junio - Diciembre 2009 [consultado 13/11/2013]; 8 (17): 69-79. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v8n17/v8n17a05.pdf>
76. Baider Lea. Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. International Journal of Clinical and Health Psychology [Revista electrónica] 2003 [consultado 15/10/2013]; 3(3): 505-520. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf

77. Membrillo Luna A. Situación actual de la salud familiar en México. Medwave [Revista electrónica] Enero- Febrero 2013 [consultado 06/12/13]; 13(1): [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5616>
78. Norma institucional 3000-001-008 [Revista electrónica] [consultado 06/12/13]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Documents/DPM/2000-001-019.pdf>
79. Batista de Melo Mónica, Neves Barros Erika, Vieira Arcoverde Campello María de Consuelo, y cols. Funcionamiento familiar de pacientes con cáncer. Pepsic [Revista electrónica] 2010 [consultado 07/12/13], 18(1), 78-89. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100007&lng=pt&tlng=pt.10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p73



ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO FUNQUI DE FUDNCIONALIDAD FAMILIAR

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN

ANEXO D. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO E. TABLAS

ANEXO F. GRAFICAS



ANEXO A. INSTRUMENTO FUNQUI DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR



**INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
DELEGACION
AGUASCALIENTES
JEFATURA DE PRESTACIONES
MÉDICAS_ UMF 1**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
RESIDENCIA EN MEDICINA
FAMILIAR**

INSTRUMENTO FUNQUI

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión: _____

INSTRUCCIONES: Coloque una "X" en la casilla en donde usted considere que se encuentre su familia en el último mes.

1. Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

2. Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

3. Se siente tenso al cuidar a algún familiar enfermo.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

4. Se respeta a las personas de mayor edad en la familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

5. Nos apoyamos entre los integrantes de la familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

6. En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

7. Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

8. Acudimos a fiestas de familia o amigos.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

9. Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

10. Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

11. Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

12. Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

13. Las reglas en casa las hace papá, mamá o la persona de mayor edad.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

14. Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

15. Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

16. Se habla con groserías o malas palabras en nuestra casa.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

17. Salimos a compartir o convivir con amigos.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

18. Siente que el cuidar a algún familiar enfermo ha afectado su salud.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

19. En nuestra familia hablamos sobre sexualidad.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

20. Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

21. Se respetan las decisiones que se toman en la familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

22. Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en la casa.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

23. Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

24. Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

25. Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

26. Han habido golpes entre los miembros de nuestra familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

27. Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

28. Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

29. Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

FIRMA

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	ÍTEMS	INDICES
Factores Socio-demográficos: Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo (75).	Características demográficas Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Edad: Años cumplidos por una persona desde el nacimiento hasta el momento actual (42).	Edad en años al momento de la entrevista	Ordinal: 1.- 0 a 9 años 2.- 10 a 19 años 3.- 20 a 59 años 4.- Más de 60 años	Pregunta directa a la paciente ¿Cuál es su edad?	1.- 0 a 9 años 2.- 10 a 19 años 3.- 20 a 59 años 4.- Más de 60 años
		Sexo: Hace referencia a la condición biológica que diferencia a los seres vivos en dos grupos, hombre y mujer (42).	Fenotipo	Nominal dicotómica: 1.- Masculino. 2.- Femenino.	Observación directa ¿Paciente de sexo femenino? Sí___ No__	Realizar entrevista a pacientes de sexo femenino
	Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que componen un grupo social.	Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece derechos y obligaciones (42).	Estado civil al momento de la entrevista	Nominal politómica: 1.- Casada. 2.- Soltera. 3.- Unión libre. 4.- Divorciada. 5.- Viuda.	Pregunta directa a la paciente ¿Cuál es su estado civil?	1.- Casada. 2.- Soltera. 3.- Unión libre. 4.- Divorciada. 5.- Viuda.
		Religión: Práctica humana de creencias	Condición religiosa al momento de la entrevista	Nominal politómica: 1.- Católica. 2.- Cristiana.	Pregunta directa a la paciente ¿Qué	1.- Católica 2.- Cristiana

	existenciales, morales y sobrenaturales (42).		3.- Testigo de Jehová. 4.- Otra.	religión profesa?	3.- Testigo de Jehová 4.- Otra
	Escolaridad: Grados educativos que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido legalmente (nivel de estudios) (42)...	Grado académico cursado por la paciente al momento de la entrevista	Ordinal : 1.- Analfabeta. 2.- Alfabetada. 3.- Primaria. 4.- Secundaria. 5.- Preparatoria o equivalente. 6.- Profesional.	Pregunta directa a la paciente ¿Cuál es el último grado escolar que curso?	1.- Analfabeta. 2.- Alfabetada. 3.- Primaria. 4.- Secundaria. 5.- Preparatoria o equivalente. 6.- Profesional.
Características económicas: Estudia el comportamiento humano en relación a sus necesidades	Ocupación: Tarea o función que desempeña un individuo en un área específica, la cual puede o no estar relacionada con su profesión (42).	Tipo de ocupación de la paciente al momento de la entrevista	Nominal politómica: 1.- Trabaja. 2.- Estudia. 3.- Hogar. 4.- Pensionada/jubilada	Pregunta directa a la paciente ¿Cuál es su ocupación actual?	1.- Trabaja. 2.- Estudia. 3.- Hogar. 4.- Pensionada/jubilada

VARIABLE	CONCEPTO/ DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ÍTEM	ÍNDICES
Funcionalidad familiar (cualitativa)	Capacidad de la familia para poder superar las crisis familiares que se presentan en el ciclo vital familiar cubriendo con las necesidades básicas de la familia (53)	Esfera biológica (60)	Cuidados en la enfermedad. Cuidado que se tiene en el proceso salud enfermedad, con el fin de asistir a la persona enferma para llevar hacia la salud o evitar complicaciones. (60)	Suma de los valores de los 3 ítems	Nominal: 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca	3. Se siento tenso al cuidar a algún familiar enfermo 9. Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa. 18. Siente que el cuidar a algún familiar enfermo ha afectado su salud	Área Alterada: de 3 a 9 puntos. Área No Alterada: de 10 a 15 puntos
			Violencia. Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades	Suma de los valores de los 3 ítems	Nominal: 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca	16. Se habla con groserías o malas palabras en nuestra casa 23. Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos 26. Han habido golpes entre los miembros de nuestra familia	Área Alterada: de 3 a 9 puntos. Área No Alterada: de 10 a 15 puntos

		de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (60)				
		Sexualidad. Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas,	Suma de los valores de los 2 ítems	Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre	<p>10. Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos</p> <p>19. En nuestra familia hablamos sobre sexualidad</p>	<p>Área Alterada: de 2 a 5 puntos.</p> <p>Área No Alterada: de 6 a 10 puntos</p>

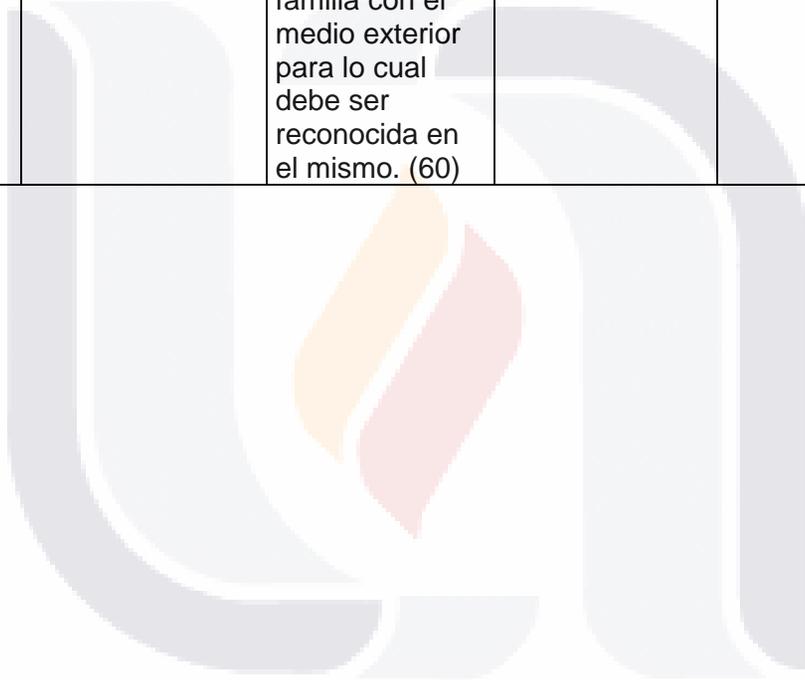
		prácticas, papeles y relaciones interpersonales; se expresa en el individuo, la pareja, la familia y sociedad. La sexualidad puede incluir todas las dimensiones, no obstante, no todas se vivencian o expresan siempre. (60)				
		<p>Cuidado. Función básica de la familia que preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias; sus determinantes son vestido, alimentación, seguridad física y apoyo</p>	Suma de los valores de los 3 ítems	<p>Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>2. Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses</p> <p>11. Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones</p> <p>20. Se apoya para que los integrantes de</p>	<p>Área Alterada: de 3 a 9 puntos.</p> <p>Área No Alterada: de 10 a 15 puntos</p>

		emocional. (60)			la familia acudan a la escuela	
	Esfera psicológica (67)	Límites. Reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento familiar. (60)	Suma de los valores de los 3 ítems	Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre	1. Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia	Área Alterada: de 3 a 9 puntos. Área No Alterada: de 10 a 15 puntos
					12. Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta	
	21. Se respetan las decisiones que se toman en la familia					
		Jerarquías. Se refiere a los diversos niveles de autoridad con que cuenta la familia; es decir, como se encuentra la distribución del poder familiar. (60)	Suma de los valores de los 3 ítems	Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre	4. Se respeta a las personas de mayor edad en la familia	Área Alterada: de 3 a 9 puntos. Área No Alterada: de 10 a 15 puntos
	13. Las reglas en casa las hace papá, mamá o la persona de mayor edad					
	22. Se respetan					

					y se cumplen las reglas establecidas en la casa	
		<p>Tareas en casa. Todas las actividades que son asignadas por medio de los individuos, que deben de cumplirse por todos los miembros con el fin de implementar armonía en el hogar y la familia. (60)</p>	Suma de los valores de los 3 ítems	<p>Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>6. En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada</p> <p>14. Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia</p> <p>28. Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria</p>	<p>Área Alterada: de 3 a 9 puntos.</p> <p>Área No Alterada: de 10 a 15 puntos</p>
		<p>Afecto. Todo comportamiento de ayuda y protección que contribuyan a la supervivencia de otro ser vivo; es una función básica de la familia que corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento</p>	Suma de los valores de los 3 ítems	<p>Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>5. Nos apoyamos entre los integrantes de la familia</p> <p>15. Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia</p> <p>24. Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le</p>	<p>Área Alterada: de 3 a 9 puntos.</p> <p>Área No Alterada: de 10 a 15 puntos</p>

		hacia nuestros semejantes. (60)			dan palabras de ánimo	
Esfera social (67)	<p>Socialización interna. Socialización que se lleva a cabo dentro del núcleo familiar entre los diversos subsistemas que existen (conyugal, paterno filial y fraterno), para lo cual es primordial la comunicación tanto verbal como no verbal que se lleva a cabo entre los integrantes de la familia. (60)</p>	Suma de los valores de los 3 ítems	<p>Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>7. Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros</p>	<p>27. Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia</p> <p>29. Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia</p>	<p>Área Alterada: de 3 a 9 puntos. Área No Alterada: de 10 a 15 puntos</p>
				<p>8. Acudimos a fiestas de familia o amigos</p>		
	<p>Socialización externa. Capacidad de la familia en transformar a un individuo dependiente en una persona totalmente</p>	Suma de los valores de los 3 ítems	<p>Nominal: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>			

		independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad, mediante la comunicación que entabla la familia con el medio exterior para lo cual debe ser reconocida en el mismo. (60)		actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos	
--	--	--	--	--	--



VARIABLE	CONCEPTO/ DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM	ÍNDICES
Cáncer cérvico uterino (cualitativa)	Alteración celular que se origina en el epitelio de la unión escamocolumnar (zona de transformación) del cérvix y que se manifiesta, inicialmente, a través de lesiones intraepiteliales precursoras de bajo y alto grado, de avance lento y progresivo hacia cáncer invasor (29, 62).	DISPLASIA: Anomalía de desarrollo, con pérdida de la estructura de todo el epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares (28)	Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado de malignidad. Son las lesiones histopatológicas que se refieren a Neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I) (62).	EN CÉLULAS ESCAMOSAS: 1. Células escamosas atípicas (ASC) a) de significado indeterminado (ASC-US) b) no puede excluirse H-SIL (ASC-H) 2. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado a) displasia leve b) infección por VPH (63).	Nominal:	¿La citología cervical y/o colposcopia son positivas para cáncer cérvico uterino in situ? Sí () No ()	Citología cervical y/o Colposcopia positiva para cáncer cérvico uterino in situ reportada en el expediente clínico
				EN CÉLULAS GLANDULARES: 1. Células glandulares atípicas (AGC) a) endocervicales (NOS (no especificadas) o especificar en comentarios) b) endometriales (NOS o especificar en comentarios) c) glandulares (NOS o especificar en comentarios)	Nominal:	¿La citología cervical y/o colposcopia son positivas para cáncer cérvico uterino in situ? Sí () No ()	Citología cervical y/o Colposcopia positiva para cáncer cérvico uterino in situ reportada en el expediente clínico

							2. Células atípicas, sugestivas de neoplasia a) endocervicales b) glandulares (63).		
	<p>CARCINOMA IN SITU:</p> <p>Es una lesión neoplásica del cérvix, en la que todo el epitelio o la mayor parte de él, muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente (29, 62).</p>	<p>Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado de malignidad.</p> <p>Lesiones histopatológicas presentes en NIC II, III y CIS (62).</p>	<p>EN CÉLULAS ESCAMOSAS:</p> <p>1. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado a) NIC II y III y Carcinoma in situ b) con características sugestivas de invasión c) carcinoma epidermoide (63)</p>	<p>Nominal:</p> <p>1. Tiene cáncer cérvico uterino in situ 2. No tiene cáncer cérvico uterino in situ</p>	<p>¿La citología cervical y/o colposcopia son positivas para cáncer cérvico uterino in situ? Sí () No ()</p>	<p>Citología cervical y/o Colposcopia positiva para cáncer cérvico uterino in situ reportada en el expediente clínico</p>			
			<p>EN CÉLULAS GLANDULARES:</p> <p>1. Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)</p> <p>2. Adenocarcinoma a) endocervical b) endometrial c) extrauterino</p> <p>d) No especifico (63)</p>	<p>Nominal:</p> <p>1. Tiene cáncer cérvico uterino in situ 2. No tiene cáncer cérvico uterino in situ</p>	<p>¿La citología cervical y/o colposcopia son positivas para cáncer cérvico uterino in situ? Sí () No ()</p>	<p>Citología cervical y/o Colposcopia positiva para cáncer cérvico uterino in situ reportada en el expediente clínico</p>			

ANEXO C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

Nombre del estudio: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO IN SITU ADSCRITAS AL SERVICIO DE CLINICA DE COLPOSCOPIA Y DISPLASIAS DEL HOPSITAL GENERAL DE ZONA No 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES ENERO 2012 – JUNIO 2013.

Lugar y fecha: Aguascalientes, Ags. A..... de del 2013.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: R-2013-101-16

Justificación y objetivo del estudio: Caracterizar la funcionalidad familiar en mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino in situ adscritas al servicio de clínica de colposcopia y displasias del IMSS delegación Aguascalientes.

Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario que consta de 29 preguntas con cinco posibles respuestas (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre) guardando confidencialidad y anonimato, No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener información acerca del grado de funcionalidad familiar que posee para realizar un correcto diagnóstico familiar y así poder implementar acciones para una atención integral.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo deseé conveniente.

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

Beneficios al término del estudio: Determinar la funcionalidad familiar en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino in situ adscritas al servicio de clínica de colposcopia y displasias del IMSS delegación Aguascalientes.

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

DRA. ANA HORTENSIA RAMÍREZ LÓPEZ. Médico Familiar adscrita a la Coordinación de la Residencia de Medicina Familiar LUGAR DE TRABAJO: Hospital General de Zona 1 DOMICILIO: José Ma. Chávez # 1202, colonia Lindavista. Aguascalientes CP 20270 TELÉFONO: 9139050 CORREO: draanahortensia@hotmail.com ----- DRA ERIKA ROXANA TORRES ALBA LUGAR DE TRABAJO: Hospital General Zona1 ADSCRIPCIÓN: UMF 1 IMSS Aguascalientes DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270 TELÉFONO DEL TRABAJO: 4497692789 CORREO: acua2911@hotmail.com.

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

Nombre y firma de la encuestada

Testigo 1

Dra. Erika Roxana Torres Alba

Testigo 2

ANEXO D. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2013												2014		
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DI C	ENE	FEB	MAR
Elección del tema	X														
Acopio de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Revisión de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Diseño de protocolo					X	X									
Planteamiento del problema						X	X								
Antecedentes						X	X								
Justificación								X							
Introducción								X							
Hipótesis								X							
Material y Métodos								X	X						
Revisión del protocolo										X	X				
Registro de protocolo ante comité de investigación local											X	X			
Trabajo de campo													X		
Captura de datos y tabulación													X	X	
Análisis de resultados														X	
Interpretación de resultados														X	
Revisión de la investigación														X	
Autorización														X	
Presentación de tesis															X

ANEXO E. TABLAS

Tabla 2. Variables sociodemográficas en pacientes con cáncer cérvico uterino in situ del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes Enero 2012 a Junio 2013.

Variables sociodemográficas		No. de pacientes	Frecuencia relativa
Edad	10-19	1	2.3%
	20-59	34	79.1%
	60+	8	18.6%
Sexo	Femenino	43	100.0%
Estado Civil	Casada	24	55.8%
	Soltera	9	20.9%
	Unión Libre	2	4.7%
	Divorciada	2	4.7%
Escolaridad	Viuda	6	14.0%
	Analfabeta	3	7.0%
	Alfabeta	3	7.0%
	Primaria	16	37.2%
	Secundaria	9	20.9%
Ocupación	Preparatoria o equivalente	7	16.3%
	Profesional	5	11.6%
	Trabaja	14	32.6%
	Estudia	3	7.0%
	Hogar	22	51.2%
Religión	Pensionado o jubilado	4	9.3%
	Católica	33	76.7%
	Cristiana	10	23.3%

Tabla 3. Frecuencias y proporciones de respuesta dadas de la funcionalidad familiar en pacientes con cáncer cérvico uterino in situ en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, Enero 2012 – Junio 2013.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia.	2 4.7	3 7	11 25.6	12 27.9	15 34.9
2. Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses	7 16.3	9 20.9	9 20.9	9 20.9	9 20.9
3. Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia.	16 37.2	19 44.2	5 11.6	3 7.0	0 0
4. Se respeta a las personas de mayor edad en la familia.		2 4.7	14 32.6	10 23.3	17 39.5
5. Nos apoyamos entre los integrantes de la familia		3 7.0	12 27.9	15 34.9	13 30.2
6. En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada		4 9.3	14 32.6	16 37.2	9 20.9
7. Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros		4 9.3	12 27.9	18 41.9	9 20.9
8. Acudimos a fiestas de familia o amigos.	1 2.3	11 25.6	19 44.2	9 20.9	3 7.0
9. Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa.	19 44.2	16 37.2	7 16.3	1 2.3	
10. Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos	3 7.0	10 23.3	17 39.5	5 11.6	8 18.6
11. Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones.			6 14.0	11 25.6	26 60.5
12. Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta	1 2.3	4 9.3	9 20.9	16 37.2	13 37.2
13. Las reglas en casa las hace papá, mamá o la persona de mayor edad			14 32.6	14 32.6	15 34.9
14. Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia	1 2.3	10 23.3	17 39.5	9 20.9	6 14.0

15. Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia	2 4.7	4 9.3	12 27.9	17 39.5	
16. Se habla con groserías o malas palabras en nuestra casa	2 4.7	4 9.3	9 20.9	15 34.9	13 30.2
17. Salimos a compartir o convivir con amigos	2 4.7	7 16.3	26 60.5	6 14.0	2 4.7
18. Siente que el cuidar a algún familiar enfermo ha afectado su salud	21 48.8	12 27.9	6 14.0	2 4.7	2 4.7
19. En nuestra familia hablamos sobre sexualidad	6 14.0	18 41.9	10 23.3	4 9.3	5 11.6
20. Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela		1 2.3	6 14.0	13 30.2	23 53.5
21. Se respetan las decisiones que se toman en la familia			7 16.3	22 51.2	14 32.6
22. Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en la casa			14 32.6	16 37.2	13 30.2
23. Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos	1 2.3	6 14.0	15 34.9	15 34.9	6 14.0
24. Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo		1 2.3	6 14.0	16 37.2	20 46.5
25. Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos	5 11.6	7 16.3	23 53.5	6 14.0	2 4.7
26. Han habido golpes entre los miembros de nuestra familia		2 4.7	8 18.6	4 9.3	29 67.4
27. Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia		4 9.3	7 16.3	17 39.5	15 34.9
28. Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria	1 2.3	5 11.6	13 30.2	18 41.9	6 14.0
29. Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia	3 7.0	6 14.0	6 14.0	13 30.2	15 34.9

Tabla 4. Frecuencias y proporciones de la funcionalidad familiar por su dimensión en pacientes con cáncer cérvico uterino in situ en el Hospital General De Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, Enero 2012 – Junio 2013

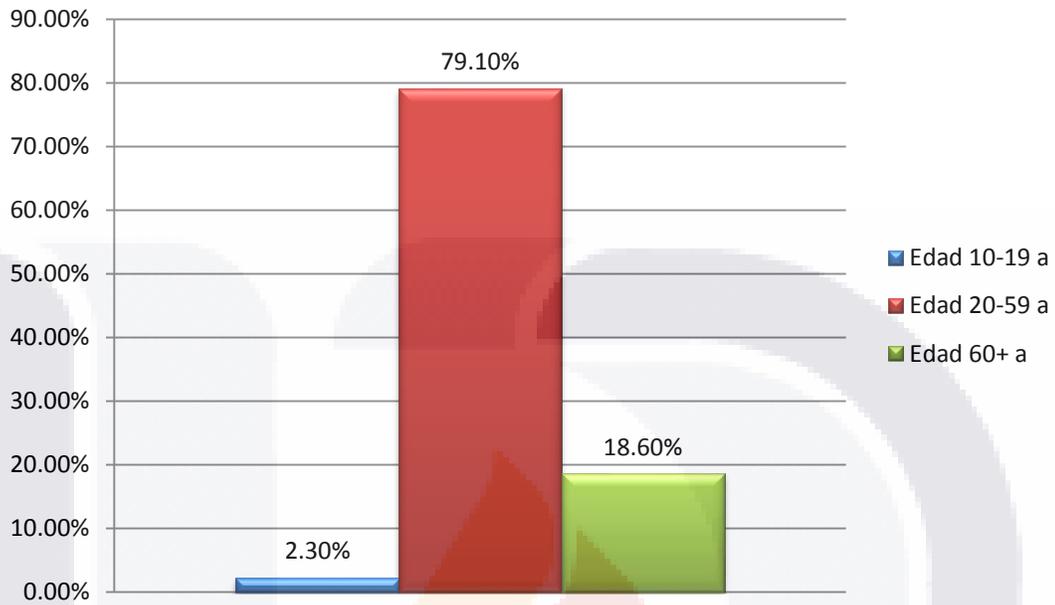
Dimensiones del Instrumento FUNQUI	Valoración de la dimensión	No. de pacientes	Frecuencia relativa
Funcionalidad familiar	Disfuncionalidad	4	9.3%
	Funcionalidad	39	90.7%
Cuidado de la enfermedad	Área alterada	41	95.3%
	Área no alterada	2	4.7%
Violencias	Área alterada	7	16.3%
	Área no alterada	36	83.7%
Cuidado de la salud	Área alterada	6	14.0%
	Área no alterada	37	86.0%
Limites	Área alterada	5	11.6%
	Área no alterada	38	88.4%
Jerarquías	Área alterada	7	16.3%
	Área no alterada	36	83.7%
Tareas en casa	Área alterada	16	37.2%
	Área no alterada	27	62.8%
Afecto	Área alterada	6	14.0%
	Área no alterada	37	86.0%
Socialización interna	Área alterada	5	11.6%
	Área no alterada	38	88.4%
Socialización externa	Área alterada	28	65.1%
	Área no alterada	15	34.9%
Sexualidad	Área alterada	21	48.8%
	Área no alterada	22	51.2%

Tabla 5. Regresión lineal múltiple de la funcionalidad familiar y factores sociodemográficos en pacientes con cáncer cérvico uterino in situ del Hospital General de Zona No. 1 dl Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes, Enero 2012 – Junio 2013.

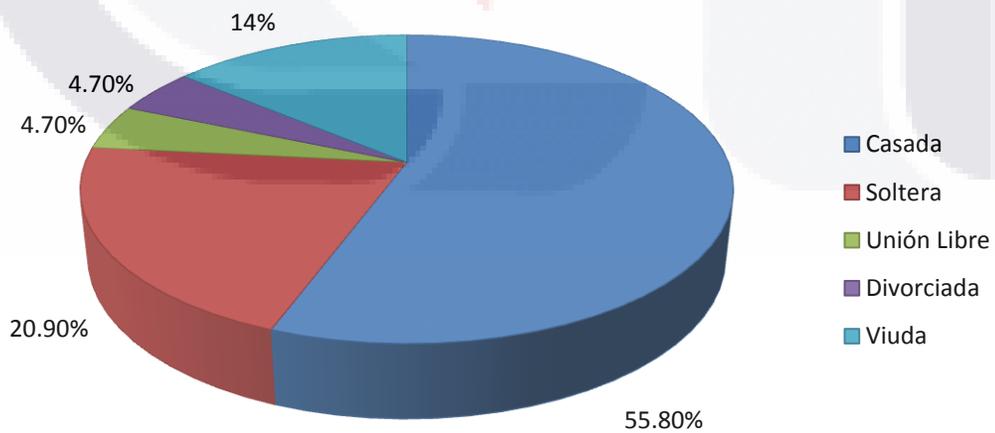
Variables sociodemográficas	B	P	IC 95%		R²a
Edad	-1.151	.866	-14.911	12.609	
Estado civil	-.809	.634	-4.221	2.603	
Escolaridad	-.784	.732	-5.395	3.827	
Ocupación	-3.047	.282	-8.698	2.605	-.058
Religión	-3.264	.554	-14.332	7.804	

ANEXO F. GRÁFICAS

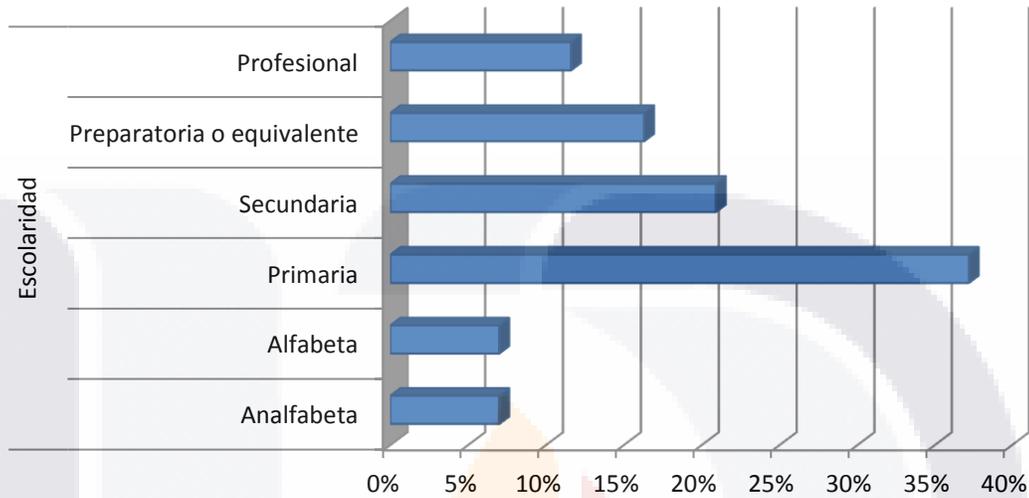
Gráfica 1. Distribución de frecuencias relativas de edad



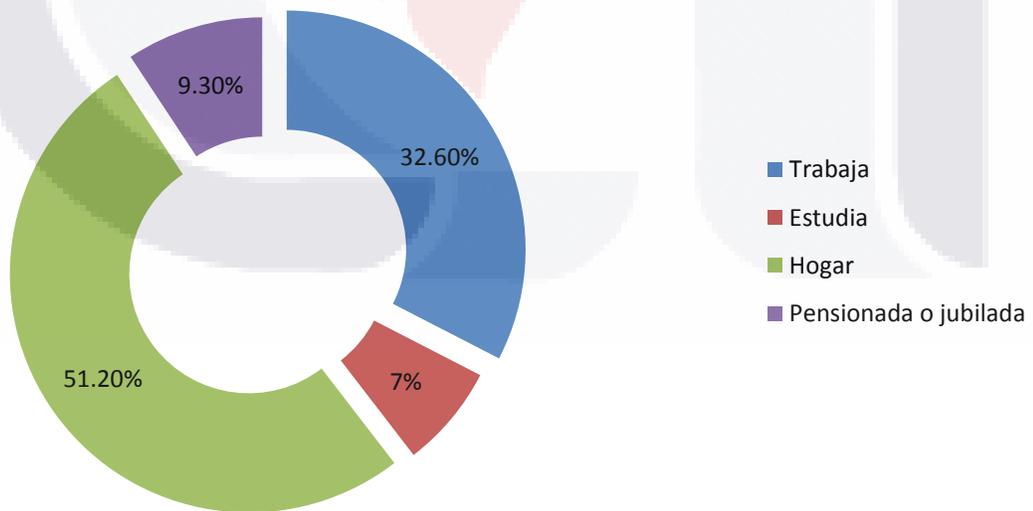
Gráfica 2. Distribución de frecuencias relativas de estado civil



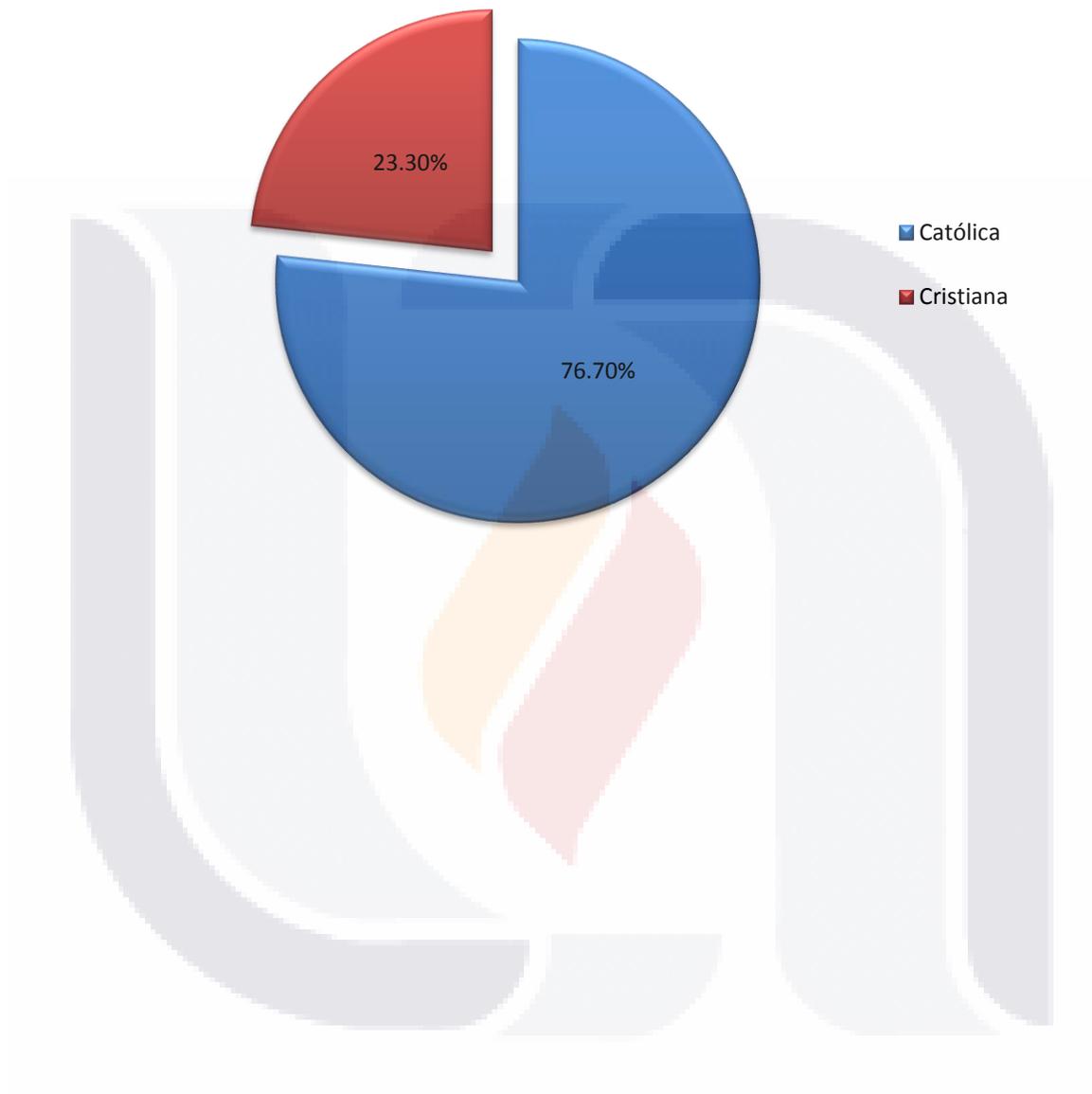
Gráfica 3. Distribución de frecuencias relativas de escolaridad

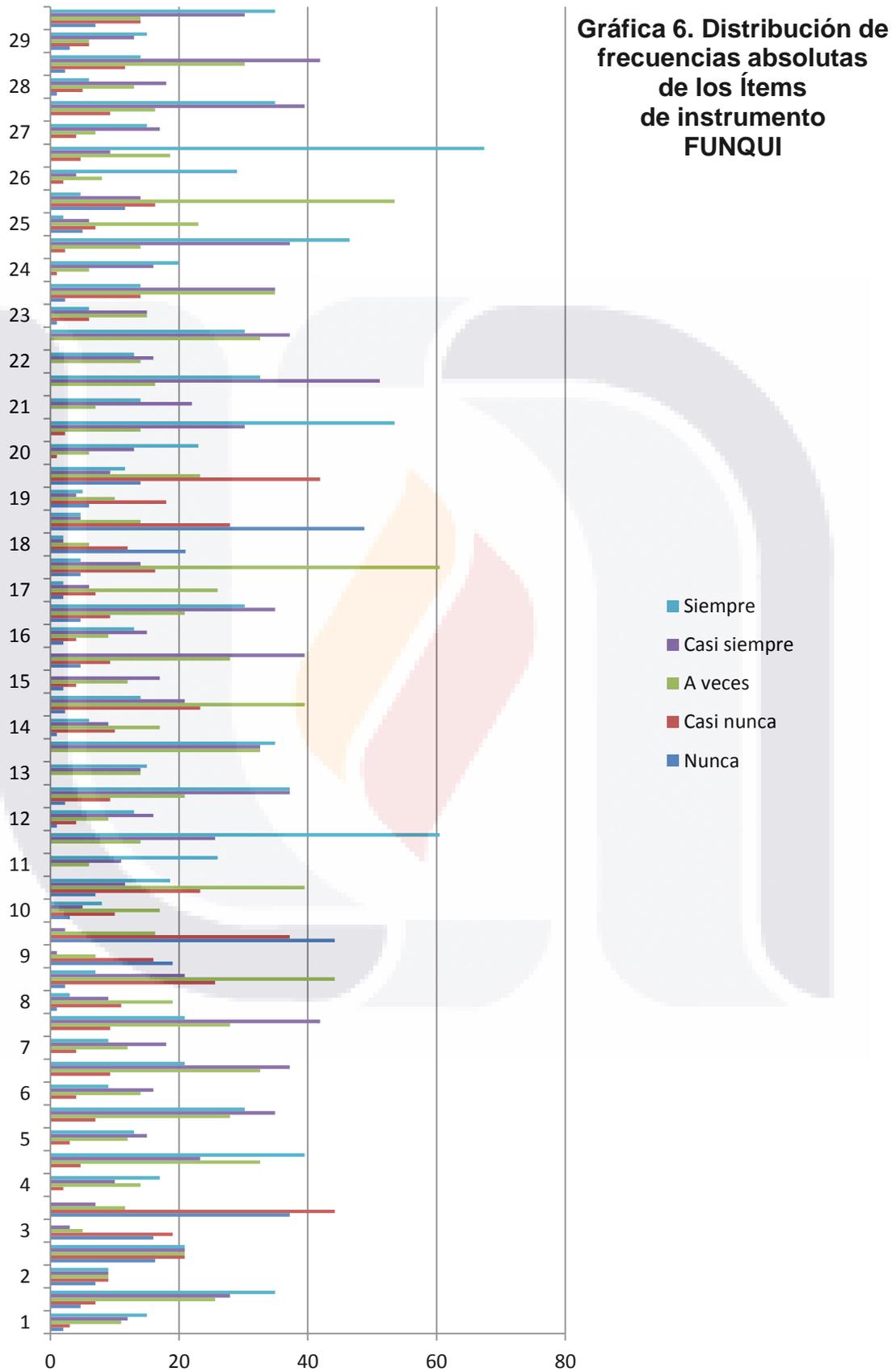


Gráfica 4. Distribución de frecuencias relativas de Ocupación

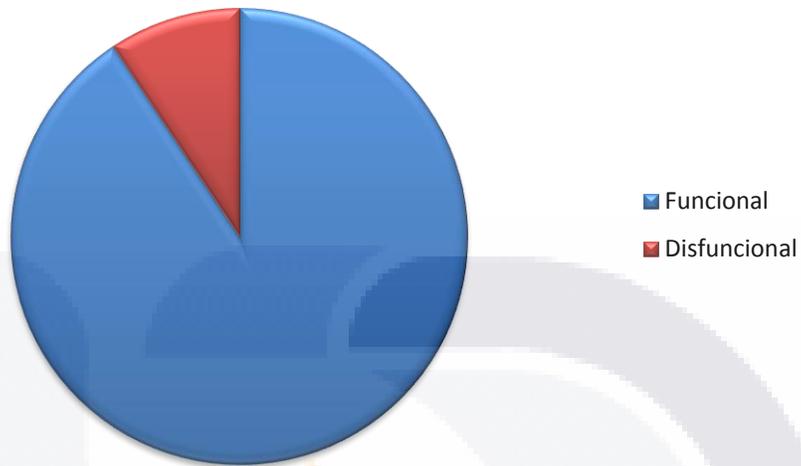


Gráfica 5. Distribución de frecuencias relativas de religión





Gráfica 7. Valoración de la Funcionalidad Familiar Global



Gráfica 8. Distribución de frecuencias relativas de las dimensiones de la funcionalidad familiar según FUNQUI

