



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No.57

“Calidad de Vida y Funcionalidad Conyugal en pacientes con Cáncer Cervicouterino”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en: Medicina Familiar

Presenta

Dra. Sandra Virginia Reyes Cuayahuitl

Director

Dra. Laura Concepción Momox Vázquez

Asesor

Dra. Rocío Romero Reyes



H. Puebla de Z. Febrero 2020

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	5
3. ANTECEDENTES	6
3.1 ANTECEDENTES GENERALES.	6
3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.	15
4. JUSTIFICACIÓN	18
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
6. HIPÓTESIS	20
7. OBJETIVOS:	20
7.1 OBJETIVOS GENERALES:	20
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	20
8. MATERIAL Y MÉTODOS	21
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	21
8.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	21
8.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO	21
8.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
8.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	21
8.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	21
8.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	21
8.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
8.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	23
8.6.1 DEFINICIONES OPERACIONALES.....	24
8.6.2 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN.....	26
8.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
8.8 ANÁLISIS DE DATOS	29
9. RESULTADOS	30
10. DISCUSION.....	47
11.CONCLUSIONES.....	48
12. PROPUESTAS	49
13. ANEXOS.....	50
14.BILIOGRAFIA.....	58

1. RESUMEN

“CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

¹Dra.Sandra Virginia Reyes Cuayahuitl, ²Dra. Laura Concepción Momox Vázquez, ³Dra. Rocío Romero Reyes.

¹Residente de tercer año especialidad de Medicina Familiar, U.M.F. No 57 IMSS.

²Médico especialista en Medicina Familiar adscrito a U.M.F. No 57 IMSS. ³Médico especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito a HGZ 20.

INTRODUCCION: El cáncer cervicouterino (CaCu) esta reportado como la alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix causando lesiones donde las células alteradas sobrepasa la membrana basal progresando a malignidad ya sea in situ o invasor. Se ha observado que la educación limitada, la carencia de servicios de salud y la infección genital por Virus de Papiloma Humano son algunos de los factores que exponen a mujeres a presentar dicha enfermedad lo que condiciona a alterar la calidad de vida de la persona involucrada.

OBJETIVOS: Identificar la “calidad de vida” y funcionalidad conyugal en pacientes ya diagnosticadas de cáncer cervicouterino de la clinica No. 57, IMSS Puebla

MATERIAL Y MÉTODOS: el tipo de estudios realizado fue observacional, descriptivo, relacional, transversal, ambispectivo con de mujeres adscritas a la clinica. No.57 IMSS en Puebla, Puebla; el periodo de estudio fue del 1° de Junio al 30 de Noviembre de 2018. Se efectuó el análisis univariado de las categorías de investigación y de las sociodemográficas; con tendencia central y dispersión para las categorías numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Para el análisis bivariado (Nivel de investigación relacional), con Chi al cuadrado, se buscó la relación entre calidad de vida, y la funcionalidad conyugal, utilizando el Programa Estadístico SPSS v 22.

RESULTADOS: Muestra de 173 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, con una edad media de 49.6 años, edad mínima de 36 años y máxima de 63 años. En relación a su estado civil las pacientes casadas figuraron en un 43.9% (n= 76), siendo empleadas el 51.4% (n=89). En el 86.7% (n= 150) mostraron un impacto negativo en la calidad de vida, con mayor afectación en la dimensión sexual, con un puntaje máximo de 20; así mismo se observó que la mediana para los ítems de síntomas vaginales fue de 11.

De acuerdo CMMF la tipología familiar tiene con base al parentesco, a la familia nuclear simple como la más frecuente con un 53.8%; respecto a la presencia física del hogar un 91.9 % es núcleo integrado y el 58.4% de las familias son comerciantes.

En relación a la funcionalidad conyugal solo el 5.2% (n = 9) presentaron disfunción severa; sin embargo, la disfunción moderada se presentó en el 86.7% (n=150) de los casos, por lo que al hacer la relación que existe entre la calidad de vida y la funcionalidad conyugal se demostró que no existe relación directa entre las mismas.

CONCLUSIÓN: La “calidad de vida” en la población estudiada con cáncer cervicouterino se ve corrompida de forma negativa en sus diferentes estándares principalmente en la sexual, sin embargo no se observó directamente una correspondencia entre “calidad de vida” y la funcionalidad conyugal de las pacientes estudiadas.

2. INTRODUCCIÓN

El extenso concepto de “calidad de vida” surgió por obligación de contestar a la estimación objetiva de las personas;⁴ por lo que es lo mismo que el conjunto de los puntajes del estado de vida valubles en un individuo, como son la salud física, condiciones de vida, ocupación y actividades funcionales.

El cáncer cervicouterino es una preocupación a nivel mundial puede afectar a los grupos más jóvenes en edad reproductiva, la edad promedio reportada para desarrollarlo va de los 40 y 50 años, sin embargo, se ha encontrado que el tipo de raza de la persona también puede aumentar el riesgo de padecerlo. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo; en nuestro país los estados con mayor incidencia de muerte son: Colima Nayarit y Yucatán¹

Así se estima que en la población femenina el CaCu causa alrededor de 500 000 muertes al año en el mundo ocupado el segundo lugar de entre las enfermedades mortales.²

La identificación de la influencia de esta enfermedad en la calidad de vida permite abordar de manera integral a las pacientes haciendo una correlación con la afectación de la funcionalidad conyugal que valora los aspectos de comunicación, roles asumidos, sexualidad satisfecha, afecto y decisiones en pareja.

Siendo que la funcionalidad conyugal es una dimensión que se ve alterada en pacientes con enfermedades crónicas se relacionara en este caso con cáncer cervicouterino para evaluar la forma en que modifica de manera física, emocional y sexual en las pacientes ya diagnosticadas.

La funcionalidad conyugal es un parámetro importante de investigación que debe indagarse en las parejas que conviven con pacientes con cáncer.

La finalidad de la investigación es determinar cómo es la “calidad de vida” en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en tratamiento en la UMF 57 del instituto Mexicano del Seguro Social Puebla a través del cuestionario QOL-CX24 de la European Organization for Research and Treatment of Cáncer y su relación con la funcionalidad conyugal a través del cuestionario de subsistema conyugal.

3. ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES GENERALES.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) esta reportado como la modificación celular que se inicia en el epitelio del cérvix causando lesiones donde las células alteradas traspasan la membrana base progresando a cáncer ya sea in situ o invasor¹

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los antecedentes sobre las descripciones de cáncer cervicouterino (CaCu) aparecen a partir del año 460 a.C. cuando Hipócrates, describe el cáncer, en su escrito “corpus Hipocraticum”, haciendo relación al cáncer de mama, útero y piel, por lo que se le atribuyo el término cáncer para designar dicha enfermedad. Posteriormente En el año 40 a. C. Aurelio Cornelio en el libro primero de “Ocho Libros de la Medicina”, describe observar de un cáncer en los genitales de una dama.

En 1925 se inventa el colposcopio por Hans Hinselmann, posteriormente en 1933 Schiller, utiliza Lugol en la prueba de examen de cérvix. George Papanicolaou sintetizo la técnica de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos, que fue publicado en 1954 en su Atlas de Citología Exfoliativa¹

EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una situación problemática en el mundo, representa el 10% de todas las enfermedades malignas¹

Las mujeres latinoamericanas son consideradas susceptibles para desarrollar CaCu, calculándose que cada año 1/1,000 mujeres de 30 a 54 años que vive en América Latina, desarrolla esta enfermedad. En nuestro país los estados de mayor índice de defunciones son: Colima Nayarit y Yucatán¹

En el mundo se estima que éste causa alrededor de 500 000 muertes al año, siendo después del cáncer de mama, el que con mayor frecuencia² y la causa más frecuente de consulta en ginecología.³ por lo que la OMS calcula 530.000 casos nuevos de CaCu cada año que requieren manejo.⁴

La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer Informó que el número de nuevos casos de cáncer en todo el mundo fue de 14.1 millones en 2012 aumentando esta cifra en los años posteriores.⁵ En el 2002 Veracruz tuvo una tasa de mortalidad de 24.7 por 100.000 habitantes.⁶

A pesar de la existencia de programas para la detección, las mujeres sufren y mueren por CaCu en un 86% de los casos a nivel mundial y hasta en un 88% en países en vías de desarrollo que es el caso de Mexico.⁷

El Instituto Nacional de Cancerología publicó un estudio donde demostró que en el periodo de 2000 a 2004, el cáncer de la mujer ocupó 12,444 casos, representando el 69.6% de todas las neoplasias registradas en ese lapso de tiempo por lo que rebasa el 50% de las neoplasias registradas.⁸ Así mismo en el año 2011 el Cáncer Cervicouterino representó 10.4 % del total de muertes por neoplasias malignas.⁹

Se ha encontrado que la supervivencia de las mujeres con CaCu varía según el estadio del mismo¹⁰ ya que las tasas de supervivencia de cáncer cervicouterino a 5 años son mayores al 90% para los estadios tempranos y menor del 10% para las etapas más avanzadas,¹¹ considerando que la tasa de supervivencia a 5 años de todas las etapas es del 71%.¹²

Lo que se ha logrado es que la tasa de mortalidad por CaCu ha disminuido de 13.3 a 8.6 por 100 000 en un periodo de 8 años que va del 2000 al 2008 pero aún falta por hacer.¹³

FISIOPATOLOGÍA

Anatómica y funcionalmente el cuello uterino es una estructura muy importante del aparato genital femenino que debe incluirse siempre en la consulta de pacientes en edad reproductiva, requiere una revisión meticulosa ya que es una estructura que juega un papel decisivo en la sexualidad, en el mantenimiento de la anatomía, fisiología y fertilidad humana.³

El cérvix normalmente se compone de diferentes tipos de células epiteliales; así se encuentra el epitelio columnar secretor en el canal cervical medio y el cérvix superior, que se origina embriológicamente de la invaginación de los conductos müllerianos.⁹

La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares müllerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal, existiendo un pequeño potencial neoplásico para este tipo celular¹

Por lo tanto, existe una parte donde se une el epitelio escamo-columnar (UEC) que es el punto donde las células escamosas y columnares se confluyen; su localización puede variar por el desarrollo fetal y la menopausia.¹

En la edad reproductiva, la UEC va hacia afuera por influencia hormonal, modificando un pH ácido vaginal provocando metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC o zona de transición¹

En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y cuando se presenta tumoración ésta tiende a ser crecimiento exofítico, en contraste, con mujeres de mayor edad localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical (crecimiento endofítico).¹

Al realizar estudios de exudado vaginal donde se encuentra coilocitosis se ha demostrado que es compatible a muestra de displasia leve. La infección por VPH esta

asociada a un buen porcentaje de maltrato cervical y es considerado la causa en el desarrollo de cáncer cervicouterino.¹

VPH Y CÁNCER CERVICOUTERINO

El virus del papiloma humano es un virus de DNA de doble cadena; se han identificado más de 100 genotipos; en donde hasta el 99.7% de los casos de CaCu en todo el mundo se han asociado a los serotipos más carcinogénicos.¹

El tipo predominante es el VPH-16 asociado en 46-63% de los carcinomas escamosos, el VPH-18 asociado en 10-14% de los carcinomas escamosos.

La infección no controlada asociada a lesiones displásicas de alto grado solo se presenta en muy pocas mujeres infectadas (1-2%); en la gran mayoría de las mujeres, el periodo que va de la infección por VPH a la displasia y posteriormente al carcinoma invasor es de años a décadas.¹

Las lesiones preinvasivas de cuello uterino, también llamadas neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC), son lesiones malignas del epitelio escamoso¹⁴

La infección por VPH con subtipos 6 y 11 corresponden al 25% de todas las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC1)¹

La infección con subtipos 16 y 18 es el causante del 25% de todos los NIC 1 y 70% de todos los NIC 2 y NIC 3.¹

Se ha observado que la enseñanza limitada y la carencia de servicios de salud en poblaciones rurales son factores que arriesgan a las mujeres a presentar la enfermedad.

Varios estudios han demostrado que la displasia aparecerá "in situ" en 5 años y que se requieren otros 10 años para desarrollar cáncer invasor.¹⁵

Los factores que incrementan a contraer la enfermedad son los siguientes:

- Inicio temprano de vida sexual.
- Cervicovaginitis.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Evitar el empleo de anticonceptivos de barrera.
- Edad del primer embarazo.
- Alteraciones inmunológicas.
- Tabaquismo.
- factor hereditario.¹⁶

Actualmente la persistencia de Infección por uno de los 15 tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH) es la causa central y necesaria de casi todos los cánceres de cuello uterino y su precursor.¹²

En los últimos años se ha incrementado la infección por virus de papiloma humano (VPH), clínicamente manifestado como también en su expresión subclínica, identificados en la citología y la colposcopia.¹⁵

La NIC tiene 3 grados de severidad. La NIC 1 es considerada una lesión de bajo grado, a su vez, la NIC 2 y la 3 se consideran lesiones de alto grado.¹⁶

Casi todas las mujeres sexualmente activas estarán expuestas al VPH durante su vida, por lo que el riesgo de presentar CaCu en ausencia de detección es mínima pues se presenta en tan sólo 3.3%.¹⁷ con este panorama se aprecia que más de la mitad y se han expuesto al menos una vez en su vida al virus.¹⁸

HISTOLOGIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

La OMS considera dos tipos principales de cáncer invasivo: Carcinoma de células escamosas, representando el 75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25%. Otros tipos de carcinoma constituyen el restante 3-5%.¹

El menos frecuente de los cánceres es el adenocarcinoma cervical y a pesar que cada tipo es diferente histológicamente en algunas ocasiones pueden presentarse dos o más formas histológicas en el mismo tumor.¹

El adenocarcinoma mucinoso es el más encontrado en el cuello uterino. Estos pueden infiltrar el estroma del cérvix, algunas veces con extensión a ganglios sin una destrucción importante del exocérvix.¹

CLÍNICA DE CACU

Las modificaciones preinvasivas y la invasión temprana no generan síntomas, por ello es necesario realización de citología exfoliativa cada año posterior al inicio de vida sexual. Algunos síntomas son la dispareunia, sangrado disfuncional, leucorrea con mal olor, dolor suprapúbico.¹

La nomenclatura citológica es importante y alcanza su máximo relieve en la citopatología de cérvix uterino. Su objetivo es detectar en estadio temprano células neoplásicas ya que es en estas etapas cuando se puede utilizar procedimientos de bajo costo y bajo riesgo y prevenir diseminación.⁷

Al tomar un examen citológico se deben tomar en cuenta las condiciones propias de la paciente, la técnica de muestra que pudieran arrojar un resultado falsamente negativo, así como errores de laboratorio.⁷

Se ha observado que en el registro de estudios clínicos de cáncer en México hay índices de falsos negativos de un 10 al 54% en una muestra tomada de 16 centros de citología ginecológica a nivel nacional que es una cifra significativa preocupante.⁷

MANEJO DE RESULTADOS ANORMALES

Entre las mujeres con resultados anormales, aproximadamente el 20% se consideran de bajo riesgo.

De acuerdo a su riesgo relativo se recomiendan las siguientes acciones para cada categoría de riesgo: pruebas en 3 años (bajo riesgo), pruebas cada año (riesgo moderado), o colposcopia (alto riesgo).¹⁷

Si una mujer presenta estudio anormal, en riesgo alto se pasará a la colposcopia. Posterior a la colposcopia inicial se clasificará dentro de tres categorías de riesgo relativo: bajo, moderado o alto riesgo.¹⁷

TRATAMIENTO DE LESIONES CANCEROSAS

Las estrategias de tratamiento y las modalidades del mismo en gran parte han evolucionado en los últimos años por lo que el tratamiento es más efectivo si se diagnostica en etapas tempranas.¹⁹

Algunos creen que los efectos adversos de tratamiento no empeoran la forma de vida de las mujeres tratadas por carcinoma cervical con radioterapia, pero es un tema de controversia, ya que se dice que si existe influencia entre las pacientes tratadas con radioterapia o cirugía.²⁰

La radioterapia podría dañar la mucosa vaginal y el epitelio; y la quimioterapia podría inducir varios efectos adversos como náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, mucositis y alteraciones en el peso.¹²

Existen 2 abordajes generales en el tratamiento de la NIC: los métodos ablativos (crioterapia o ablación por láser) y los métodos que involucran resección (conización con bisturí frío, conización por láser o conización con asa diatérmica. En general, ambas técnicas son equivalentes en términos de efectividad, con una tasa de curación cercana al 90%.²¹ De todos los métodos, varios son poco atractivos ya que algunos son muy costosos, otros no son 100% eficaces, otros son muy traumáticos y la electrocirugía se indica fundamentalmente para tratar lesiones premalignas.⁷

Antes de la colposcopia, las NIC se trataban con conización e histerectomía. Después se trataron con la crioterapia y la ablación con láser.⁵

De los tratamientos destaca la criocirugía como método más sencillo, poco invasivo, de bajo costo y con resultados muy satisfactorios al corto, mediano y largo plazo.⁷

Las técnicas de ablación (crioterapia y láser) no se han asociado con parto pre término y tienen una eficacia comparable a las técnicas de escisión; por el contrario, las técnicas de escisión en asa pueden generar en mayor medida riesgos de aborto durante el segundo trimestre.⁵

La radiocirugía fue introducida por Cartier en 1980, para la excresis de la zona de transición.²⁰

Generalmente no se ofrece crioterapia en mujeres mayores de 40 años, los lineamientos actuales de tratamiento revelan que es necesario vigilar pacientes con NIC 2 y NIC 3.⁵

SEGUIMIENTO

Las mujeres que se someten a escisión se vuelven a estadificar. Aquellas con márgenes quirúrgicos negativos son de riesgo bajo; las que tienen riesgo alto recomienda citología anual más prueba de VPH durante 2 años.⁵

Posterior al tratamiento, los supervivientes del cáncer de cuello uterino tienen que lidiar con secuelas de tratamiento que eventualmente conducen a un deterioro de su calidad de vida.²¹ La enfermedad y el tratamiento de la enfermedad amenazan no sólo la vida, sino también es una amenaza para la reproducción y la función sexual femenina.²²

SEXUALIDAD EN LAS MUJERES AFECTADAS

La enfermedad como tal ya genera insatisfacción en la calidad de vida, su aspecto biospiciosocial.²²

La enfermedad y su tratamiento amenaza no solo la vida, sino también amenaza para la reproducción y la femineidad por lo que afecta su calidad de vida y la de sus familiares; además, el factor psicológico involucrado incluye creencias incorrectas sobre el cáncer, los cambios en la auto-imagen, depresión, tensiones maritales y temores.²²

La dispareunia es común en general, pues 1/3 de las mujeres informan actividad sexual dolorosa.¹⁰

El dolor sexual puede impedir el deseo, la excitación y el orgasmo, lo que comprensiblemente puede provocar otras disfunciones sexuales.¹⁰

PREVENCIÓN

1. La capacitación del personal en la toma de la muestra de citología cervical debe tener una calidad suficiente para su correcto diagnóstico y así evitar en lo posible los falsos negativos.
2. La perfecta visualización del cuello uterino para visualizar la presencia del tumor, o un sangrado fácil en la toma de la muestra exocervical, por lo que se deberá efectuar una biopsia guiada por colposcopia.
3. Información a la población general de la prueba de Papanicolaou y los factores de riesgo de la enfermedad.
4. Seguir la norma oficial mexicana en la prevención, diagnóstico tratamiento de esta patología de manera uniforme a nivel nacional.

5. Aumentar la toma de muestras en las zonas de mayor riesgo.
6. La revisión de laminillas dudosas de Cáncer de Cuello por el patólogo de manera aleatoria para mejorar el diagnóstico citológico.
7. Tener una cobertura de 80% mínimo.⁶

CALIDAD DE VIDA

La utilización del concepto de “Calidad de Vida” (CV) se remonta a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida.²³

Para algunos autores, el concepto de Calidad de Vida se origina a fin de distinguir resultados para la investigación en salud, derivado de las investigaciones en el bienestar subjetivo y satisfacción con la vida.²³

Por lo tanto, la Calidad de Vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida de una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, ocupación y actividades funcionales que tienen que ver con la satisfacción personal.²³

El año 1995, Felce & Perry proponen la necesidad de considerar los valores personales, aspiraciones y expectativas en la valoración de calidad de vida, definiéndola como un estado de bienestar general que comprende percepciones objetivas y subjetivas del bienestar mediado por los valores personales.²³

La OMS, desarrollo un grupo de trabajo en calidad de vida, donde propuso una definición propia de calidad de vida; definiéndola como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.²³

El avance de las enfermedades crónicas, donde el objetivo del tratamiento es eliminar o disminuir síntomas asociados a la misma, ha llevado a que la mortalidad, morbilidad y expectativa de vida evaluadas en epidemiológicamente en la población, no sean suficientes para evaluar el efecto de una enfermedad o tratamiento; en este contexto surge la utilidad de medir la Calidad de Vida,²⁴ pues las evaluaciones de la calidad de vida durante el curso de la enfermedad serán útiles para la proyección de los resultados en salud a mediano y largo plazo de la persona involucrada.²

Se ha observado que las pacientes con cáncer cervical temprano muestran mejor calidad que las pacientes con cáncer cervical avanzado, así como afecta la modalidad de tratamiento que reciben las pacientes.²²

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), ha diseñado el instrumento QOL CX24 específico para valorar calidad de vida en cáncer de cuello uterino.⁴

El QOL CX24 tiene 24 preguntas y es específico, consiste en 3 escalas multi-ítem y 5 escalas de ítem sencillo.⁴ Evalúa experiencia de síntomas, imagen corporal y funcionamiento sexual/vaginal. Se estandariza en puntajes de 0 a 100 y se consideran puntajes negativos los menores de 60.⁴

El EORTC QLQ-CX24 ha sido probado en el campo para un estudio multinacional incluyendo Europa, Corea del Sur, Sudáfrica y otros, con validez y fiabilidad satisfactorias.²⁵

La razón por la que se ha evaluado este instrumento es debido a que la morbilidad y la tasa de supervivencia del cáncer de cuello uterino están aumentando, lo que genera un aumento en la necesidad de herramientas capaces de evaluar la calidad de vida en los pacientes con cáncer de cuello uterino.²⁵

Generalmente estudios realizados indican que se encuentran afectados negativamente el lugar de trabajo, el papel de la sociedad y la posibilidad de recurrencia de la enfermedad el período que comprende entre el diagnóstico de cáncer y la finalización del tratamiento así mismo el papel de la familia se puede afectar de manera negativa.²⁰

Sin embargo, este periodo se normaliza entre 6 y 12 meses y se estabiliza en un periodo de 1 y 2 años de tratamiento coincidiendo así con el mejoramiento de los niveles de calidad de vida.²⁰

Dentro de los estudios que se han realizado referente a la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino se ha demostrado mediante este test que las pacientes si presentan un deterioro importante en la calidad de vida.¹⁹ Por lo que se pretende que al evaluar la calidad de vida de las pacientes con enfermedad maligna se pueda adecuar el tratamiento y medicamento necesario para el tipo de cáncer que presenta, pretende mejorar la calidad de vida de los individuos que viven una vida de dolencia y la de sus familias.¹⁹

La NOM establece que toda mujer con citología anormal debe ser referida a una clínica de colposcopia para continuar su tratamiento y de esta manera se puede ofrecer una mejor terapéutica ofreciéndole también una mejor calidad de vida.²⁶

Se ha evidenciado que el cáncer de cérvix reporta elevados índices de depresión y de preocupaciones en las mujeres diagnosticadas, asociados a estos estados se mencionan factores como: el apoyo social, el estrés general, el bienestar familiar, la vida sexual y de pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento.⁴

La forma de mejorar la calidad de vida, además del tratamiento clínico, ha causado mucha atención. La calidad de vida no sólo se refiere a cuánto tiempo sobreviven los

pacientes, sino que también hace hincapié en la función social y el estado mental, enfatiza los sentimientos subjetivos y el estado funcional, así como el reflejo la condición de la salud individual.²⁷

SATISFACCIÓN CONYUGAL

La satisfacción se define como la naturaleza y características de una relación de pareja identificada por un grado de bienestar psicológico y de acuerdo entre ambos, que se percibe en la interacción de la vida conyugal, a partir de los diferentes niveles - cognitivo, afectivo y comportamental- lo que propicia la adecuada comunicación y asunción de roles en la familia así como la satisfacción sexual de la pareja²⁸

SUBSISTEMA CONYUGAL

Para comprender la complejidad de estas relaciones, varias investigaciones se han percatado de el papel de la relación conyugal en la dinámica familiar por lo que existe consenso en que el subsistema conyugal se asocia a los otros subsistemas familiares.

La evaluación del subsistema conyugal, propuesta por Chávez Aguilar Víctor se incluye en nuestro trabajo de investigación.

Este formulario toma en cuenta las principales funciones de pareja. Cubriendo a cada función a través de un indicador.

Valora la comunicación en tres puntos: si es clara, directa y congruente, otorgando 30% de la misma con un indicador de 0 puntos para nunca, de 5 puntos para ocasional y de 10 puntos para siempre, para cada uno; en el área de adjudicación y asunción de roles valora congruencia, satisfacción y flexibilidad, dando 15% con un indicador de 0 puntos para nunca, de 2.5 puntos para ocasional y de 5 puntos para siempre; en el área de satisfacción sexual valora frecuencia y satisfacción , otorgando 20% con un indicador de 0, 5 y 10 puntos para nunca, ocasional y siempre, respectivamente; en cuanto al afecto, valora cuatro puntos: manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, con un porcentaje de 20% con un indicador 0, 2.5 y 5 para nunca, ocasional y siempre, respectivamente; por último, valora si la toma de decisiones es conjunta o individual, dando 15% con un indicador de 0, 7.5 y 15 para nunca, ocasional y siempre, respectivamente. La suma de todas las áreas debe ser de 100%.²⁹

Al final del cuestionario se da un puntaje resultando los siguientes aspectos de funcionalidad de 0 a 40 disfunción severa; de 41 a 70 puntos disfunción moderada; y de 71 a 100 puntos una pareja funcional.²

3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

En Chile en un estudio analítico que se realizó en un grupo de 127 mujeres con CaCu del área Sur Oriente de Santiago se midió la Calidad de Vida utilizando el instrumento EORTC QLQ-C30; en donde se encontró que las mujeres con mayor edad presentaron peor calidad de vida y mayor afectación al dominio físico. Por lo que se determinó en ese estudio que las evaluaciones de Calidad de Vida durante el curso de la enfermedad son útiles para la proyección de los resultados en salud a mediano y largo plazo, además de que también se estableció que debería incorporarse en la evaluación de las pacientes de forma rutinaria y estandarizada, para realizar intervenciones apropiadas según la evidencia reportada.²⁴

En México en un estudio realizado en el Hospital General de México del programa de Seguro Popular con 1,217 pacientes; 725 (59%) cursaron la educación primaria y 181 (15%) no tuvieron acceso a ésta. Del total, 692 (57%) iniciaron vida sexual activa antes de los 18 años; 772 (63%) refirieron multiparidad y 629 (55%) nunca se habían realizado citología cervical.

De esta muestra 1,090 mujeres es decir el 89% su diagnóstico histopatológico fue de carcinoma epidermoide, y en 127 (11%) de adenocarcinoma; en este hospital se trataron a 990 mujeres de carcinomas invasores y 227 de carcinomas in situ; observándose que la frecuencia de carcinomas in situ fue menor a la reportada en todo el país con un 49% de las lesiones que estaban en etapas avanzadas.²⁶

En Cartagena Colombia también se realizó un estudio sobre la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de CaCu, cuyo objetivo era determinar la calidad de vida en mujeres con este diagnóstico de la ciudad de Cartagena, realizándose un estudio descriptivo, de corte transversal, donde se incluían mujeres con cáncer cérvico-uterino en tratamiento; el tamaño de la muestra fue de 106 mujeres. En este estudio se utilizaron dos cuestionarios de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC): el QLQ-C30 para medir calidad de vida en pacientes con cáncer y el QOL-CX24, que es un cuestionario complementario y específico para medir calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino. Las mujeres pertenecientes al estudio tenían un promedio de edad de 41,3 años (DE \pm 12,5 años). En este estudio se determinó que los aspectos más afectados de la calidad de vida fueron los relacionados con sus actividades sociales (51,9 %), los estados funcional y físico, la interferencia del tratamiento en su vida familiar (48,1 %), y los problemas económicos causados por la enfermedad (47,2 %).⁴

Se observó además que la función psicológica se ve afectada en el 87,7 % de las pacientes por la preocupación de la enfermedad.

Para la escala específica QOLCX-24, se encontró que, en la area sexual, el 70.7 % ha tenido molestias o irritación vaginal que interfieren en su desempeño cotidiano⁴

Bravo Torres y colaboradores investigaron sobre los efectos del tratamiento bajo conización mediante el uso de las asas diatérmicas para el tratamiento de las lesiones premalignas de cuello. El objetivo de este estudio fue exponer los resultados de la conización con asa diatérmica en las lesiones premalignas de cuello, realizando un estudio transversal y descriptivo en el Hospital Ginecoobstétrico “Mariana Grajales” de enero de 2010 a diciembre de 2012; la muestra fue de 1 310 pacientes a las que se les realizó una conización y se estudiaron variables como la edad, el resultado histológico de la conización, los bordes quirúrgicos y las complicaciones. El presente estudio determinó que entre los 35-39 años de edad fueron afectadas 269 (20.5%) pacientes, diagnosticándose 349 (26.6%) con neoplasias intraepiteliales cervicales II presentando una asociación significativa entre la neoplasias intraepiteliales cervicales III y el grupo de edad de 25-59 años. Así determinaron que la edad más afectada fue de 35-39 años con diagnóstico más frecuente de neoplasias intraepiteliales cervicales III.¹⁵

En un estudio realizado por Torres Sánchez y colaboradores se evaluaron las tendencias de mortalidad por cáncer en México entre 1980 y 2011 mediante el cálculo de las tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo para todos los cánceres y para las 15 localizaciones más frecuentes mediante el método directo y tomando como población estándar la población mundial de 2010. En este estudio se observó que a partir de 2004 y como consecuencia de la reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón (-3.2% en hombres y -1.8% en mujeres), estómago (-2.1% en hombres y -2.4% en mujeres) y cérvix (-4.7%), se observó una disminución significativa (~1% anual) en la mortalidad por cáncer en general. Algunas de las reducciones en la mortalidad por cáncer pueden ser parcialmente atribuidas a la efectividad de los programas de prevención establecidos.²

En Cuba los estudios realizados con respecto a cáncer de cuello uterino mediante tratamiento con conización, también son una parte importante de investigación se sabe que la biopsia por conización con Asa diatérmica se aplica con frecuencia en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. El estudio realizado analiza los resultados histológicos obtenidos de la conización en mujeres con lesiones cervicales. Se realizó un estudio con mujeres sometidas a conización con asa diatérmica en un aproximado de ciento noventa y cinco mujeres sometidas a conización con Asa diatérmica; se examinó el resultado histológico de los bordes de sección quirúrgica, resultados citocolpohistológicos iniciales y el resultado histológico final, en los cuales se observó que el 50, 77 % de las mujeres conizadas tenían diagnóstico de lesiones premaligna. Se obtuvieron bordes libres en ciento ochenta y cuatro mujeres para un 94, 35 %, Estadísticamente se comprobó la existencia de diferencias significativas entre los diagnósticos citológicos iniciales y finales.

En las lesiones premalignas existió total correspondencia diagnóstica entre las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I y II y biopsias iniciales y finales. Al final del trabajo de estudio el diagnóstico histológico predominante fue la lesión premaligna, prevalecieron los bordes de sección quirúrgica libres de lesión. Se constató

correspondencia citohistológica en los casos de neoplasia intraepitelial cervical grado I y carcinoma epitelial infiltrante.²

En el año 2014 López y colaboradores observaron que con el paso de los años los tratamientos de las lesiones del cuello uterino se han ido modificando, se estructura un grupo de pacientes con patología cervical tratadas con crioterapia como método ablativo de elección realizándose un estudio retrospectivo de 20 años, que, además del tratamiento medicamentoso individual se les efectuó un procedimiento ablativo con criocirugía cervical. Se analizaron mil casos de pacientes en quienes el tratamiento ablativo resolvió el problema y tuvieron una evolución satisfactoria en el corto, mediano y largo plazo, sin morbilidad significativa, y cumplimiento del objetivo de estudio.

La investigación efectuada demuestra que el procedimiento quirúrgico realizado fue el adecuado porque los resultados así lo demostraron. Palabras clave: erosión periorificiaria, citología exfoliativa negativa para células malignas, criocirugía cervical.³

En un estudio realizado en china a 220 pacientes con cáncer de cuello uterino en diversas etapas clínicas admitidas en el Hospital de China Occidental analizó la calidad de vida antes del tratamiento y 1, 3 y 6 meses después del tratamiento.

La calidad de vida global de los pacientes con lesiones precancerosas y carcinoma cervical temprano fue mejor que la de los pacientes con cáncer cervical avanzado. Además, la calidad de vida de los pacientes con lesiones precancerosas y carcinoma cervical temprano a los 6 meses después del tratamiento, incluso superó la de antes del tratamiento, lo que indica que el diagnóstico precoz y el tratamiento activo son esenciales para elevar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cuello uterino.²⁷

4. JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es un gran problema de salud pública, una de cada mil mujeres entre 30 a 54 años lo desarrolla, el 88% de las pacientes en países en vías de desarrollo muere a causa de cáncer de cuello uterino. La supervivencia a 5 años en todas las etapas es del 71%, la criocirugía es el método más sencillo mínimamente invasivo, de bajo costo y con resultados satisfactorios, tanto el diagnóstico, el tratamiento y el postquirúrgico implican cambios emocionales y gran impacto en el paciente tanto en el aspecto social, físico y mental.

Las entidades crónicas, como el cáncer tienden a desmejorar de manera irreversible la calidad de vida de quien lo padece debido a que a pesar de los tratamientos actuales con los avances de la ciencia es inevitable que aparezcan efectos adversos.

Pese a que se han creado programas de Promoción de la Salud y Prevención de esta enfermedad, la supervivencia de las mujeres con cáncer cérvico uterino sigue siendo corta, lo que permite detectar que las mujeres solicitan atención médica cuando la enfermedad ya tiene un estadio avanzado.

Para los profesionales de la salud el evaluar la calidad de vida se ha convertido en un instrumento importante para valorar el aspecto de satisfacción que tiene la paciente ante la vida.

En una paciente evaluar la calidad de vida representa el impacto que una enfermedad tiene sobre su salud por lo que es importante estudiarlo desde un enfoque psicosocial; que permite otorgar un cuidado específico a esta población y no solamente enfocado a la parte clínica y física sino también al atención que ayude a mejorar el bienestar biopsicosocial y espiritual de estas mujeres, para que tengan una mejor calidad de vida desde cualquier punto de vista.

El detectar la calidad de vida y funcionalidad conyugal asociadas a esta enfermedad permitirá incidir de manera positiva para regresar a estas pacientes a su desenvolvimiento integral familiar, psicológico, emocional y social; por lo que, con la finalidad de mejorar estos aspectos, este estudio nos orientará en cuanto a la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer Cervicouterino es una enfermedad multifactorial que inicia a cualquier edad de la mujer y que se caracteriza por una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix, que coloca a la mujer en una situación de riesgo para la salud. El tumor maligno de cuello uterino actualmente es conocido a nivel mundial como una cuestión de salud pública, ya que ésta patología prevalece a pesar de los programas de detección primaria, la enfermedad condiciona una elevada morbilidad; en las mujeres; con implicaciones en su calidad de vida.

La epidemiología de Cáncer Cervicouterino abarca múltiples problemas tanto individuales como sociales, así como riesgo de muerte y costos de salud elevados.

El Cáncer cervicouterino no solo produce importantes consecuencias patológicas de carácter biológico, sino que también afecta directamente en la calidad de vida y funcionalidad conyugal.

Es determinante evaluar a estas pacientes de forma integral identificando los factores que pudieran contribuir a un decremento de su bienestar psicosocial, por ello es importante identificar la calidad de vida y funcionalidad conyugal en que se encuentra la paciente para determinar la asociación que existe con el grado de malignidad. El identificar la calidad de vida de estas pacientes y su estado conyugal nos dará la oportunidad de referirlas al especialista para tratamiento pertinente.

Por todo lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida y la funcionalidad conyugal en las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar Numero 57, IMSS Puebla?

6. HIPÓTESIS

Hi: La calidad de vida y la función conyugal no se ven alterados en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar número 57.

Ho: La calidad de vida y la función conyugal se ven alterados en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar número 57.

7. OBJETIVOS:

7.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la calidad de vida y funcionalidad conyugal en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar aspectos sociodemográficos (edad, escolaridad, estado civil y ocupación) de las pacientes.
- Identificar el nivel de calidad de vida de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino.
- Determinar la funcionalidad conyugal en mujeres con cáncer cervicouterino.
- Determinar el tiempo de diagnóstico del cáncer
- Verificar tipología y ciclo familiar

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El tipo de estudio efectuado fue observacional, analítico, transversal y ambispectivo

8.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se incluyeron a mujeres adscritas a la clínica. No. 57 IMSS Puebla, Puebla durante el tiempo que abarca entre el 1 de Junio al 30 Noviembre de 2018., que se presentaron a la consulta de esta unidad de primer nivel en ambos turnos y que reúnan los criterios seleccionados.

8.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

8.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino.
- Derechohabiente del IMSS adscritas a la UMF No. 57 Puebla, Puebla.
- Que acudieron a consulta externa en turno matutino o vespertino.
- Mujeres que quisieran participar en el estudio.

8.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de depresión.
- Mujeres que tuvieran tratamiento psiquiátrico

8.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que iniciado el formulario no quisieran seguir participando.
- Mujeres cuyas encuestas no fueran respondidas la 100%.

8.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Se incluyeron a todas las mujeres que acudían a la consulta externa en la clínica No 57 IMSS Puebla, Puebla, en el periodo de tiempo estipulado, por lo que la probabilidad que tiene la población de estudio de ser seleccionado no es conocida por lo que el muestreo se determina como no Probabilístico, por conveniencia.

8.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Sabiendo que el conjunto de enfermas con CaCu de la clínica. No. 57 del IMSS de la Ciudad de Puebla, Puebla es desconocida y por las características de nuestra investigación, se pretendió estimar una muestra, con un nivel de confianza al 95%, ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada del 87 % de "Pacientes con cancer cervicouterino y su asociación deterioro de la calidad de vida". Mediante la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

α : Error alfa 0.05

$1-\alpha$: Nivel de confianza 0.95

Z de $(1-\alpha)$ 1.96

P: proporción de 0.87

q: Complemento de P (0.87) = 0.13

d= 0.05 (poder de precisión)

n: obtenemos un tamaño de muestra de: 173.79

8.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variables independientes: Edad, Escolaridad, Estado civil, Ocupación, Tiempo de diagnóstico

Variable dependiente: calidad de vida

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

1. EDAD: Tiempo de vida desde su nacimiento hasta la fecha actual.
2. ESCOLARIDAD: Período durante el cual se asiste a la escuela o algún otro centro de enseñanza.
3. ESTADO CIVIL: Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.
4. OCUPACIÓN: Actividad a la que una persona se dedica
5. INICIO DE VIDA SEXUAL: Edad en la que realizan por primera vez comportamiento sexual.
6. PAREJAS SEXUALES: Número de parejas con las cuales han tenido comportamiento sexual.
7. TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO: terapia o medio que se utiliza para curar una enfermedad.
8. CALIDAD DE VIDA: Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de variables en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.
9. FUNCIONALIDAD CONYUGAL: Es el resultado del equilibrio de la pareja, dependiente de varios factores: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.
10. TIPOLOGÍA FAMILIAR: Categorización de Familia de acuerdo a CMMF en función de sus miembros.
11. CICLO EVOLUTIVO: Fases por las que pasa un núcleo familiar desde su conformación hasta su disolución

8.6.1 DEFINICIONES OPERACIONALES.

1. EDAD: Años cumplidos y será la referida por el paciente.
2. ESCOLARIDAD: Último grado de estudio que el paciente nos refiera, sin que se haya repetido alguno cuyo caso se tomará solo si aprobó.
3. ESTADO CIVIL: situación personal en que se encuentre al momento de la encuesta (casado, unión libre).
4. OCUPACIÓN: Será señalado por el paciente de acuerdo a los siguientes rubros, estudiante, empleada, ama de casa, pensionada, obrera, jubilado y otros.
5. INICIO DE VIDA SEXUAL: Edad en la que realizan por primera vez comportamiento sexual. Se calificará de acuerdo al rango de edad, antes de los 16 años, de 16- 20 años y mayor de 20 años.
6. PAREJAS SEXUALES: Se calificará con el número de parejas con las cuales han tenido comportamiento sexual 1, 2, 3, o más.
7. TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO: Sera señalado por la paciente de acuerdo a los siguientes rubros: conización, histerectomía, quimioterapia, radioterapia.
8. CALIDAD DE VIDA: Será obtenido mediante la aplicación del cuestionario QOL-CX24 y se expresará en los siguientes términos negativos puntajes menores a 60. El instrumento utilizado será QOL CX24 específico para cáncer de cuello.

El QOL CX24 está conformado de 24 preguntas y es el cuestionario complementario específico para la evaluación de la calidad de vida en la población con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino Consiste en 3 escalas multiítem y 5 escalas de ítem sencillo.⁴

Evalúa experiencia de síntomas, imagen corporal y funcionamiento sexual/vaginal. Se estandariza en puntajes de 0 a 100 y se consideran puntajes negativos los menores de 60.

Los puntajes van del 1 al 4 expresados como: en absoluto con 1 punto, un poco con 2 puntos, bastante con 3 puntos, mucho con 4 puntos. Al realizar el cuestionario se realiza la suma y si esta es mayor a 60 puntos se califica como mala calidad de vida.

9. FUNCIONALIDAD CONYUGAL: El instrumento a utilizar es la Evaluación del Subsistema Conyugal que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja. Aborda las principales funciones de pareja: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores como: nunca, ocasional y siempre. Con puntajes que van de 0, 2.5, 5, 7.5 y 10. sumando el puntaje total y se obtiene el rango de disfuncionalidad o

funcionalidad de pareja. Dicha clasificación es: 0-40 puntos: severamente disfuncional, 41-70 puntos disfunción moderada y 71-100 puntos: funcional.

10. TIPOLOGÍA FAMILIAR: Se clasificará mediante los rubros de: Parentesco, Presencia física en el hogar, Medios de subsistencia y nivel socioeconómico descritos por el CMMF.
11. CICLO VITAL FAMILIAR: Se identificará las cuatro etapas de acuerdo al CMMF: Etapa Constitutiva, Etapa procreativa, Etapa de Dispersión y Etapa Final.

**8.6.2 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN.
CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador	Medida, Categoría Unidad
Edad	Cuantitativa	Razón	El especificado por la paciente en años cumplidos	Años
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Años estudiados referido por el paciente	1)Primaria 2)Secundaria 3)Preparatoria 4)Licenciatura
Estado Civil	Cualitativo	Nominal	Referido por el paciente	1)Casado 2)Unión Libre
Ocupación	Cualitativo	Nominal	Lo referido por la paciente	1)Estudiante 2)Obrero 3)Empleado 4)Ama de casa 5)Pensionado 6)Jubilado
Inicio de vida sexual	Cuantitativa	Razón	Referido por la paciente	1) Antes de los 16 años 2) 16- 20 años 3) Mayor a los 20 años
Parejas sexuales	Cuantitativa	Razón	Referido por la paciente	1.- 1 2.- 2 3.- 3 4.- Mas
Tratamiento recibido	Cualitativa	Nominal Policotómica	Referido por la paciente	1)Conización 2)Histerectomía 3)Quimioterapia 4)Radioterapia
Nivel de calidad de vida	Cualitativo	Ordinal	Referido al resultado obtenido según escala de QOL – CX24	1)IMPACTO POSITIVO: puntaje menor a 60 2)IMPACTO NEGATIVO: puntaje mayor a 60
Funcionalidad conyugal	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo al resultado obtenido de la Evaluación del subsistema conyugal que evalúa:	1.Pareja severamente disfuncional (0-40 puntos) 2.Pareja con disfunción moderada (41-70 puntos)

			<p>1.Comunicación</p> <p>2.Adjudicación y asunción de roles</p> <p>3.Satisfacción sexual</p> <p>4.Afecto</p> <p>5.Toma de decisiones I</p>	<p>3.Pareja funcional (71-100 puntos)</p>
Tipología Familiar	cuantitativo	Nominal Policotómica	<p>De acuerdo a CMMF:</p> <p>1. Se evalúa en base a: Parentesco</p> <p>2. Presencia Física en el Hogar</p> <p>3. Medio de Subsistencia</p>	<p>Con base en el parentesco:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Nuclear simple 3. Nuclear numerosa 4. Reconstruida 5. Monoparental 6. Monoparental extendida 7. Monoparental extendida compuesta 8. Extensa 9. Extensa compuesta 10. No parental <p>Según la presencia física en el hogar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Núcleo integrado 2. Núcleo no integrado 3. Extensa ascendente 4. Extensa descendente 5. Extensa colateral <p>Según su medio de subsistencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agrícolas y pecuarias 2. Industrial 3. Comercial 4. Servicios
Ciclo Evolutivo	cuantitativo	Nominal Policotómica	<p>De acuerdo al CMMF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa constitutiva. 2. Etapa Procreativa 3. Etapa de dispersión 4. Etapa Familiar final

8.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Después de haber sido revisado y aprobado el Protocolo de Tesis y previo registro ante SIRELCIS se solicitó la autorización al director de la clínica. No. 57 para poder realizar dicho protocolo, posteriormente, se solicitó a pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino que se encontraban en clínica durante el periodo del 1 de junio al 30 noviembre de 2018. Las encuestadas autorizaron su participación a través del consentimiento informado y consistió solamente en contestar el formulario.

Se entrevistaron de inicio con una ficha de identificación y posteriormente se aplicaron los instrumentos de estudio: Donde el cuestionario: QOL – CX24, se realizó de manera directa en la entrevista con el paciente, es un cuestionario que consta de 24 preguntas, que consiste en 3 escalas multi ítem y 5 escalas de ítem sencillo .con puntajes que van del 1 al 4 tomando de referencia que el 1 se refiere a que no lo presenta la paciente y 4 como que lo presenta muy frecuente. Evalúa experiencia de síntomas, imagen corporal y funcionamiento sexual vaginal. Se estandariza en puntajes de 0–100 y se consideran puntajes negativos los menores de 60

Finalmente se aplicó la: Evaluación del Subsistema Conyugal (Chávez Aguilar Víctor). Que toma en cuenta las funciones de pareja, ubicando a cada una un criterio cuantitativo y cualitativo de evaluación a través de un indicador.

En relación con sus funciones, la escala valora la comunicación en tres puntos: si es clara, directa y congruente, con un indicador de 0 puntos para nunca, de 5 puntos para ocasional y de 10 puntos para siempre; en el área de adjudicación y asunción de roles valora congruencia, satisfacción y flexibilidad, dando 15% con una puntuación de 0 para nunca, de 2.5 para ocasional y de 5 para, siempre; en el área de satisfacción sexual otorga el 20% con un indicador de 0, 5 y 10 puntos para nunca, ocasional y siempre, respectivamente; en cuanto al afecto, valora: manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, con valor de 0, 2.5 y 5 para nunca, ocasional y siempre, respectivamente; por último, valora si la toma de decisiones es conjunta o individual, dando 15% con un indicador de 0, 7.5 y 15 para nunca, ocasional y siempre, respectivamente. La suma de todas las áreas debe ser de 100%.

Al final de la suma se obtiene los siguientes resultados de 0 a 40 se considera una pareja severamente disfuncional; de 41 a 70 puntos una pareja moderadamente disfuncional; y de 71 a 100 puntos una pareja funcional.

8.7 ANÁLISIS DE DATOS

Ya recolectados los valores de las mediciones se codificaron los mismos y se armó una base de datos que se introdujo al Programa Estadístico SPSS v 22. Realizando una indagación univariada de todas las unidades de estudio y de las sociodemográficas utilizando la tendencia central y dispersión como medida para las variables numéricas y de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Para el análisis bivariado (Nivel de investigación relacional), el objetivo estadístico será vincular, con Chi cuadrada de independencia, la calidad de vida y funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer cervicouterino, rechazo H_0 si p es menor de 0.05.

8. RESULTADOS

La investigación realizada se hizo en una población de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino adscritos a la clínica.No.57, con una unidad de estudio que fue de 173 pacientes; quienes fueron sondeadas con el fin de identificar edad, escolaridad, estado civil, ocupación, calidad de vida y funcionalidad conyugal. Arrojando los siguientes resultados.

La edad media estudiada en las pacientes fue de 49.68 como lo muestra la tabla 1

Tabla 1. Análisis descriptivo de la edad

Media	49.68
Mediana	51
Moda	43
Desviación estándar	7.1
Rango mínimo	36
Rango máximo	63

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer cervicouterino

La escolaridad que predominó fue la primaria con un 41% (n= 71) como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de escolaridad

Escolaridad	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Analfabeta	0	0
Primaria	71	41
Secundaria	67	39
Preparatoria	19	11
Licenciatura	16	9
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

El estado civil de menor proporción fue casado con un 43.9% (n= 76) como lo muestra la tabla 3

Tabla 3. Distribución de estado civil

Estado civil	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Casada	76	43.9
Unión libre	97	56.1
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

Con base a la ocupación se reporta que el 51.4 % (n = 89), de las pacientes son empleadas como lo muestra la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de ocupación

Ocupación	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Obrero	12	6.9
Empleado	89	51.4
Ama de casa	68	39.3
Pensionado	3	1.7
Jubilado	1	.7
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

En el inicio de vida sexual se encontró que del total de las pacientes el 54% (n=94) iniciaron su vida sexual antes de los 16 años como lo muestra la tabla 5.

Tabla 5 Distribución de inicio de vida sexual

Inicio de vida sexual	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Antes de los 16 años	94	54
16 a 20 años	31	18
Más de 20 años	48	28
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

En el número de parejas sexuales el 22% (n=38) de las pacientes tuvieron más de 3 parejas sexuales como lo muestra la tabla 6.

Tabla 6 Distribución de parejas sexuales

Parejas sexuales	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
una	43	25
dos	47	27
tres	45	26
Más de 3	38	22
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

En el tipo de tratamiento recibido el 35% (n=60) recibieron la conización como tratamiento así lo muestra la tabla 7.

Tabla 7 Distribución de tipo de tratamiento recibido.

Tipo de tratamiento recibido	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Conización	60	35
Histerectomía	98	57
Quimioterapia	9	5
Radioterapia	6	3
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

En la calidad de vida se observó que se presenta con mayor rango el impacto negativo, presentándose en el 87.3% (n=150) como lo muestra la tabla 8.

Tabla 8. Distribución de calidad de vida

Calidad de vida	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Impacto positivo	23	13.3
Impacto negativo	150	86.7
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

En la Funcionalidad conyugal se observó que solo el 8.1% (n=14) es el rango de parejas funcionales como lo demuestra la tabla 9.

Tabla 9. Distribución de la funcionalidad conyugal

Funcionalidad conyugal	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Pareja severamente disfuncional	9	5.2
Moderadamente disfuncional	150	86.7
Funcional	14	8.1
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

La tipología familiar en base a su parentesco se encontró un predominio en el tipo nuclear simple con un 53.8% (n=93) como lo muestra la tabla 10.

Tabla 10. Distribución de tipología familiar.

Con base a su parentesco	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Nuclear	62	35.8
Nuclear simple	93	53.8
Nuclear numerosa	4	2.3
Extensa compuesta	14	8.1
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

Por la presencia física en el hogar se encontró que el de menor predominio fue el de extensa ascendente con un 1.7 (n=3) como lo muestra la tabla 11.

Tabla 11 Distribución de tipología familiar.

Por su presencia física en el hogar	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Núcleo integrado	159	91.9
Extensa ascendente	3	1.7
Extensa descendente	11	6.4
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

De acuerdo a los medios de subsistencia se encontró que el parámetro de servicios representa un 28.3% (n=49) como lo muestra la tabla 12

Tabla 12. Distribución de la tipología familiar.

Según sus medios de subsistencia	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Agrícola	7	4
Industrial	16	9.3
Comercial	101	58.4
Servicios	49	28.3
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

El ciclo vital más representativo fue el de desprendimiento observándose en el 45.7% (n=79) como lo muestra la tabla 13.

Tabla 13 distribución de ciclo evolutivo

Ciclo vital	Pacientes con cáncer cervicouterino	
	n	%
Expansión	4	2.3
Consolidación y apertura	40	23.1
Desprendimiento	79	45.7
Independencia	50	28.9
Total	173	100

Fuente calidad de vida y funcionalidad conyugal en cáncer cervicouterino

En la tabla de asociación de calidad de vida y funcionalidad conyugal se observa una asociación de impacto negativo con moderadamente disfuncional en 130 pacientes como lo muestra la tabla 14.

Tabla 14 Asociación de calidad de vida y funcionalidad conyugal.

Calidad de vida	Funcionalidad conyugal			
	Severamente disfuncional	Moderadamente disfuncional	Funcional	Total
Impacto positivo	1	20	2	23
Impacto negativo	8	130	12	150
Total	9	150	14	173

X²= 0.049 P= 0.976

Al aplicar la prueba de Chi cuadrada obtuvimos un valor de $p= 0.976$, por lo que no se rechaza H_0 y decimos que no hay asociación de calidad de vida y funcionalidad conyugal.

En la calidad de vida el funcionamiento Sexual es el más afectado con una media de 17.07 como lo muestra la tabla 15

Tabla 15 Análisis descriptivo de calidad de vida

CALIDAD DE VIDA	MEDIA	RANGO	FRIEDMAN	P
FUNCIONAMIENTO SEXUAL	17.07	6.06	909.2	0.000
IMAGEN CORPORAL	8.09	2.52		
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	3.8	1.02		
SINTOMAS UROLOGICOS	9.8	3.10		
SINTOMAS VAGINALES	10.64	3.61		
ITEMS SIMPLES	14.02	5.05		

Estadísticamente el resultado de la calidad de vida es significativo ya que aplicando la prueba de Friedman $p=0.000$ por lo que se rechaza hipótesis nula lo que quiere decir que si hay relación de el CaCu y la calidad de vida siendo el funcionamiento sexual el más afectado.

10. DISCUSIÓN.

Los resultados encontrados en la UMF 57 después de realizar las encuestas correspondientes a 173 pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cervicouterino participantes evidencia que el promedio de la edad de las mujeres estudiadas fue de 49.68 años; comparando este resultado con el artículo titulado “Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino, Cartagena (Colombia) realizado por Irma Yolanda Castillo Ávila y colaboradores, fue de 41.3 años observando un rango de edad menor al obtenido en nuestro estudio.

Al valorar la escolaridad en nuestro estudio se encontró que el 41% de las pacientes encuestadas tienen escolaridad primaria y el 39% secundaria teniendo una relación similar al estudio realizado en Bangladeshi del autor Hossain N. y colaboradores donde el 30.3% tiene escolaridad primaria y el 23.9% secundaria, encontrándose que en ambos estudios el mayor porcentaje fue en pacientes con escolaridad primaria debido a que la población estudiada en su totalidad es muy similar el nuestro.

También se valoró el estado civil encontrándose en nuestro estudio que el 43.9% de las encuestadas son casadas y el 56.1 en unión libre, la cual es diferente a la población estudiada en el artículo titulado “Causes for miserable quality of life of northern indian female cervical cancer patient population” del autor Shambhavi Singh, donde fueron 77.88% casadas en su mayor porcentaje sin embargo en este estudio no se clasifica la variable de unión libre por lo que esa sería la diferencia en de nuestro estudio.

La ocupación principal de las pacientes encuestadas fue ser empleada en el 51.4% que comparado con el artículo realizado por Cai-Hong Hua en china donde los resultados fueron muy similares teniendo un 65.2% de pacientes empleadas de una población de 115 encuestadas.

En nuestro estudio se valoró la edad de inicio de vida sexual activa encontrándose que el 54% fue antes de los 16 años lo que difiere del estudio realizado en Perú por Julio Cieza y colaboradores donde las pacientes que iniciaron vida sexual antes de los 16 años fue solo de 7.3 % sin embargo esta diferencia puede deberse a que el grupo de pacientes estudiadas fue menor a la de nuestro universo de trabajo.

Además en nuestro estudio se abordó el número de parejas sexuales en la que destaca que el 27 % tuvo por lo menos 2 parejas sexuales relación muy similar al estudio titulado “calidad de vida en mujeres con Cáncer Cervicouterino en donde el promedio de parejas sexuales fue de 2.5 con un rango de 1 a 10 parejas.

En las pacientes estudiadas se encontró que 57% recibieron como tratamiento histerectomía una relación similar al estudio realizado por Huei-Ying Huang y colaboradores en el año 2017 en donde se presenta que el 49.33% de las pacientes fueron histerectomizadas.

Respecto a la calidad de vida se obtuvo que el 86.7% presenta un impacto negativo así como se muestra en el estudio realizado en Cartagena Colombia por Irma Avila Castillo en el año 2012 en donde la calidad de vida se ve afectada en la totalidad de las pacientes.

1. CONCLUSIONES:

Los resultados encontrados en la UMF no 57 después de realizar las encuestas correspondientes a 173 pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cervicouterinos participantes evidencia que el cáncer de cérvix afecta cada vez más a mujeres jóvenes como se observa en este estudio, donde el promedio de la edad de las mujeres estudiadas fue de 49.68 años; predominando en ellas una escolaridad primaria hasta en el 41% de los casos.

También se observó que 89 pacientes desempeñan la ocupación de empleada representando el 51.4 % del total estudio casi similar al porcentaje de pacientes que viven en unión libre que es del 56.1%.

Tomando en cuenta el resultado de calidad de vida que presentaron las pacientes se encontró que un gran porcentaje tiene un efecto desfavorable en su calidad de vida debido a que hasta 150 pacientes participantes de este estudio tuvieron ese resultado.

En el cuestionario de funcionalidad conyugal se obtuvo un resultado de disfunción moderada en 150 pacientes, en donde su distribución mediante la tipología familiar se encontró que la mayoría pertenecen con base a su parentesco una familia nuclear simple con un núcleo integrado y un medio de subsistencia de tipo comercial; así como también se observó que en el 45.7% de los casos se encuentra en una fase de desprendimiento de su ciclo evolutivo.

El estudio revela además que las pacientes estudiadas presentaban un tiempo de diagnóstico de cáncer de más de 12 meses en la mayoría de los casos.

Es así como al determinar la asociación de calidad de vida y funcionalidad conyugal se determinó que en 130 pacientes se presentó una mala calidad de vida acompañada de una disfuncionalidad conyugal moderada.

Es estudio reveló que la dimensión menos afectada es la física, en la parte de funcionamiento sexual la dimensión más comprometida, seguida de los ítems simples y los síntomas vaginales por este motivo se ve afectada su sexualidad creando un sentimiento de frustración en su relación conyugal, disminuyendo su actividad sexual.

12. PROPUESTAS

La investigación de la calidad de vida y la funcionalidad conyugal son dos vertientes que deben ser investigadas en toda paciente con cáncer cervicouterino ya que afectan directamente de manera significativa.

Dentro de las propuestas para que hay que llevar a cabo serían:

Realizar intervenciones educativas mediante la participación de médicos de primer contacto donde realicen pláticas de 30 min cada semana dirigida a mujeres en edad reproductiva, pacientes con antecedentes de familiares con cáncer cervicouterino, pacientes ya diagnosticadas y aquellas que deseen actualizar su información sobre el cáncer cervicouterino.

Realizar pláticas de 30min por área de psicología cada quince días, dirigidas a parejas en donde la mujer ha sido diagnosticada con cáncer cervicouterino y a pacientes que deseen ampliar su conocimiento; así de esta manera la mujer pueda recibir apoyo de su pareja y puedan comprender y afrontar los cambios conyugales que pudieran estar presentado.

Realizar de manera rutinaria el cuestionario de calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino recién diagnosticadas realizados por médicos pasantes del servicio social que se encuentren rotando en la unidad médico familiar para valorar el afrontamiento de diagnóstico así como una reevaluación en 3 meses para tener la oportunidad de dar seguimiento a su percepción emocional.

Realizar cada 3 meses el cuestionario de funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer cervicouterino aplicada por médicos internos de pregrado o estudiantes asignados al servicio de medicina preventiva para detectar oportunamente a las parejas que se encuentren con disfunción.

Otorgar durante las campañas de salud pública trípticos educativos sobre conocimiento, detección y seguimiento de cáncer cervicouterino, así como intervención a nivel psicosocial y conyugal realizadas por departamento de enfermería que se encuentre rotando en la unidad médico familiar.

Otorgar información por medio de pláticas didácticas de 30 min cada 15 días realizadas médicos de medicina preventiva sobre la sexualidad y reproducción en pacientes que sufren cáncer cervicouterino dirigida a pacientes ya diagnosticadas, parejas y familiares que deseen ampliar su conocimiento.

13. ANEXOS
ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 005 2017102.
U MED FAMILIAR NUM 6

FECHA Lunes, 30 de abril de 2018.

M.E. LAURA CONCEPCION MOMOX VAZQUEZ
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

"CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2104-002

ATENTAMENTE


DR. JOSE DOMINGUEZ NARANJOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
"FACULTAD DE MEDICINA"
RECIBIDO
08 MAY 2018
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y ESTUDIOS DE POSGRADO

Anexo 3

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	"Calidad de vida y Funcionalidad conyugal en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en un primer nivel de atención"
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla. abril de 2018
Número de registro:	R-2018-2104-002
Justificación y objetivo del estudio:	El cáncer cervicouterino es una enfermedad que puede iniciarse a cualquier edad en la mujer y se caracteriza por una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix. Se asocia con riesgos de mortalidad pero también en la modificación de la calidad de vida y funcionalidad conyugal de las mujeres diagnosticadas. El objetivo del estudio es identificar calidad de vida y funcionalidad conyugal en las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar Numero 57, IMSS Puebla
Procedimientos:	Se le aplicará una encuesta que consistirá en lo siguiente: la aplicación del cuestionario: QOL – CX24 para determinación de la calidad de vida y se verificarán en expediente el tipo de cáncer cervicouterino, así como la aplicación directa del cuestionario de funcionalidad conyugal que determinará la funcionalidad del sistema conyugal.
Posibles riesgos y molestias:	Estimado paciente, no correrá ningún riesgo, ya que solo se realizarán encuestas, sin embargo no queremos causarle un daño moral por invadir su persona, si usted siente molestia cuando esté contestando, tenga la confianza de expresarlo a una servidora, a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se determinará la calidad de vida y funcionalidad conyugal así como podrán recibir la orientación necesaria acerca de cuáles son las terapias y modificaciones para dar seguimiento y orientación a la paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez obtenida la información y analizada, se procederá a entregarle los resultados en forma privada si usted tuviera alguna duda se realizará una asesoría personal y poder enviarlo a los servicios necesarios para su atención.
Participación o retiro:	En cuanto usted lo decida puede participar y retirarse del estudio, sin que esto condicione su atención o trato en la unidad, se retira en forma anónima sin causar ningún problema.
Privacidad y confidencialidad:	La información será tratada de forma confidencial según la normativa médica y bioética, no se utilizarán nombres ni datos personales de los pacientes, solo será utilizada para este estudio en base a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la Ley General de Salud en México.
Beneficios al término del estudio:	Se dará orientación necesaria acerca de cuáles son las terapias o modificaciones a realizar para mejorar calidad de vida, además de dar a conocer acerca de la funcionalidad conyugal para dar seguimiento y orientación. De ser necesario se derivará a servicios como psicología o psiquiatría para que lo apoyen en su tratamiento.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Laura Concepción Momox Vázquez U.M.F 57 Matrícula 99222588 celular: 2221778770 E-mail: laumovz@gmail.com
Colaboradores:	Dra. Sandra Virginia Reyes Cuayahuitl Residente de segundo año de Medicina Familiar U.M.F. No.57. Matrícula: 98229864 Celular.-044 2221605916 E-mail: sanvir83@gmail.com Dra. Roció Romero Reyes H.G.R. 36 Matrícula:99383040 Celular: 044 2221901689 E-mail rocio_rort791028@yahoo.com
<p>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</p>	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1</p>	<p>_____ Dra. Sandra Virginia Reyes Cuayahuitl Matrícula:98229864. Cel: 2221605916 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 4
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
NOMBRE _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____

SEXO: FEMENINO **EDAD:** EN AÑOS: _____

ESCOLARIDAD: NINGUNA () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA
 () LICENCIATURA ()

ESTADO CIVIL: CASADO/A () UNIÓN LIBRE ()
OCUPACION : 1) ESTUDIANTE 2) OBRERO 3) EMPLEADO 4) JAMA DE CASA
 5) PENSIONADO 6) JUBILADO

NIVEL SOCIOECONOMICO: _____

VARIABLE	ITEMS	RESPUESTA
1.- Profesión del jefe de familia	1. Profesión Universitaria, financista, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficial de la fuerza armada (si tienen cargo de educación superior)	()
	2. Profesión técnico superior, medianos comerciantes o productores	()
	3. Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	()
	4. Obreros especializados y parte de trabajadores del sector informal (con primaria incompleta)	()
	5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	()
2.- Nivel de instrucción de la madre	1. Enseñanza Universitaria o su equivalente	()
	2. Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media	()
	3. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	()
	4. Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)	()
	5. Analfabeta	()
3.- Principal fuente de ingreso de la familia	1. Fortuna heredada o adquirida	()
	2. Ganancia o beneficio, honorario profesional	()
	3. Sueldo mensual	()
	4. Salario semanal, por día, entrada o destajo	()
	5. Donación de origen público o privado	()
4.- Condiciones de alojamiento	1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	()
	2. Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambiente con lujo sin exceso y suficientes espacios	()
	3. Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	()
	4. Vivienda con ambientes reducidos o espaciosos y/o con deficiencia en algunas condiciones sanitarias	()
	5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas	()
	PUNTAJE TOTAL	()

TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO:

UD. PADECE DE OTRAS ENFERMEDADES:

DIABETES MELLITUS () HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()

DISLIPIDEMIAS () CARDIOPATÍAS () OTRAS ()

ESPECIFIQUE _____

EN SU CASA SU FAMILIA ESTA CONFORMADA POR: MADRE () PADRE ()

ESOSO/A () HIJOS () OTROS _____

EN EL CASO DE TENER HIJOS ESPECIFIQUE CUANTOS _____

GRUPO DE EDAD: MENORES DE 1 AÑOS _____ DE 1 a 5 AÑOS _____

DE 6 A 13 AÑOS _____ DE 13 A 20 AÑOS _____ DE 20 ò

MÁS _____

ACTUALMENTE UD. VIVE EN:

MI CASA _____ CASA DE MIS PADRES _____ CASA DE MIS

HIJOS _____

ANEXO. 5

CICLO EVOLUTIVO

ETAPA	FASE
Constitutiva	Preliminar
	Recién casados
Procreativa	Expansión
	Consolidación y apertura
Dispersión	Desprendimiento
Final	Independencia
	Disolución

TIPOLOGÍA FAMILIAR

POR SU PARENTESCO	POR SU PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR	SEGÚN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA
CON PARENTESCO	Núcleo integrado	Agrícola
Nuclear	Núcleo no integrado	Industrial
Nuclear simple	Extensa ascendente	Comercial
Nuclear numerosa	Extensa descendente	Servicios
Reconstruida(binuclear)	Extensa colateral	
Monoparental		
Monoparental extendida		
Monoparental extendida compuesta		
Extensa		
Extensa compuesta		
No parenteral		
SIN PARENTESCO		
Monoparental extendida sin parentesco		
Grupos similares a familias		
Extensa descendente		

ANEXO. 6

Cuestionario de Calidad de vida en mujeres con cáncer de cérvix medido por QOL-CX24,

FUNCIONAMIENTO SEXUAL	EN ABSOLUTO 1	UN POCO 2	BASTANTE 3	MUCHO 4
Sequedad vaginal durante la actividad sexual				
Problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más corta				
Problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más estrecha				
Problemas porque sintiera dolor durante el coito				
¿Les resultaron placenteras las relaciones sexuales?				
IMAGEN CORPORAL				
¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento				
¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento				
¿Se sintió desilusionada con su cuerpo				
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES				
Espasmos en el estómago				
Dificultad para controlar el intestino				
Presencia de sangre en sus heces				
SÍNTOMAS UROLÓGICOS				
¿Orinaba con frecuencia?				

Dolor o escozor al orinar				
Pérdidas de orina				
Dificultad para vaciar su vejiga				
SÍNTOMAS VAGINALES				
Irritación o molestias vaginales o vulvares				
¿Ha experimentado pérdidas vaginales?				
¿Ha experimentado alguna hemorragia vaginal anormal?				
ÍTEMS SIMPLES				
¿Ha experimentado hinchazón en una o ambas piernas				
¿Ha experimentado dolor en la región lumbar?				
¿Ha experimentado hormigueo/ entumecimiento o una disminución de la sensibilidad en manos o pies?				
¿Ha sentido sofocos o sudores?				
¿Le ha preocupado que el sexo pudiera resultar doloroso?				
¿Ha tenido una vida sexual activa?				

ANEXO. 7

EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. COMUNICACIÓN:			
a. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la análoga	0	5	10
II. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES:			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. SATISFACCIÓN SEXUAL			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. AFECTO:			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b. El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. Percibe que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. TOMA DE DECISIONES:			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

CALIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

0 a 40	Pareja severamente disfuncional
41 a 70	Pareja con disfunción moderada
71 a 100	Pareja funcional

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Vicuña, Nelly Chavaro, et al. "Cáncer cervicouterino." *Anales de Radiología*, México 8.1 (2009).
2. Hiriart, B. M. M., Fernández, R. A., Rodríguez, M. B., Estudio histológico de conización con Asa diatérmica en pacientes con lesiones en cérvix. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2014; 14(5)
3. Cano-López, H., Cano-Aguilar, H. E., & Cano-Aguilar, F. D. Criocirugía cervical: reporte de mil casos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 2014; 82(8).
4. Castillo-Ávila, I. Y., Canencia-Padilla, J., Zurbarán-Lamadrid, M., Pertuz-Cantillo, D., Montes-Padilla, M., & Jiménez-Chacón, E. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2015; 66(1), 22-31.
5. Huang, H. Y., Tsai, W. C., Chou, W. Y., Hung, et all Quality of life of breast and cervical cancer survivors. *BMC Women's Health*, 2017; 17(1), 30.
6. Coronel-Brizio, P. G., Pinos, E. A., Domínguez, E. Z. D., & García, R. G. Características de casos de cáncer cervicouterino: Centro Estatal de Cancerología Miguel Dorantes Mesa 2006-2010. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 2013; 40(3), 111-114.
7. Orellana, M. O., Cortez, N. L., Rojas, E. E., Bahamonde, J. N., & Peñaloza, J. L. Modificaciones de Cuello Uterino determinadas por Examen de Papanicolaou, sistema Bethesda. Programa DOC del Departamento de Patología del Hospital Vicente Corral, 2011. *Revista Médica HJCA*, 2017 4(2), 176-180.
8. Torres-Lobatóna, A., Amoretta, C., & Morgan-Ortizb, F. Cáncer ginecológico: evolución de su frecuencia relativa en una institución de alta especialidad. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 2014; 13(4), 222-228.
9. Rios Romero M, Soto Valladares A. G. Piña Sanchez P epigenéticas en el CaCU, A. Alteraciones epigenéticas en la progresión del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2015; 53(2), S212-7.
10. Coady, D., & Kennedy, V. Salud sexual en las mujeres afectadas por cáncer. *Obstet Gynecol*, 2016; 128, 775-91.
11. Greimel, Elfriede R., et al. "The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module." *Cáncer* (2006): 107.8; 1812-1822.

12. Dahiya, N., Acharya, A. S., Bachani, D., Sharma, D., Gupta, S., Haresh, K., & Rath, G. Quality of Life of Patients with Advanced Cervical Cancer before and after Chemo-radiotherapy. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 2016; 17(7), 3095.
13. Pérez-Ponce, P., López-Ledezma, L., Méndez-González, M. G., & Vázquez-Martínez, V. H. Cáncer cervicouterino, reporte de tres años en una unidad médica de atención ambulatoria. *Atención Familiar*, 2016; 23(1), 4-7.
14. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010
15. Cieza J, Cueva F, Uchiyama E, Linares P., Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2015; 43(2): 107-109
16. Martínez Pérez M, De la Concepción Cárdenas JC, Pérez González A. La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. *Rev Méd Electrón.* 2014 May-Jun
17. Sawaya, G. F., & Smith-McCune, K. Detección de Cáncer de Cuello Uterino. *Obstet Gynecol*, 2016; 127, 459-67.
18. Martínez, L. C. V., & Alvarado, J. A. M. Comportamiento de la patología cervicouterina (En el hospital de Guápiles entre los años 2008 y el 2011: Revisión de literatura). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2014; 71(609), 51-59.
19. Singh, S. Causes For Miserable Quality Of Life Of Northern Indian Female Cervical Cancer Patient Population. *World journal of pharmacy and pharmaceutical sciences* 2014; 3(8), 268-280.
20. Caixeta, G. A., Castro, E. E., Silva-Filho, A. L., Reis, F. M., Cunha-Melo, J. R., & Triginelli, S. A. Quality of life and mental health in Brazilian women treated for invasive carcinoma of the cervix. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2014; 24(4), 794-799.
21. Khalil, J., Bellefqih, S., Sahli, N., Afif, M., Elkacemi, H., Elmajjaoui, S Benjaafar, N. Impact of cervical cancer on quality of life: beyond the short term (Results from a single institution). *Gynecologic oncology research and practice*, 2015; 2(1), 7.
22. Hossain, N., Akter, Q. M., Banu, F., & Mahmud, S. Quality of life of cervical cancer patients after completion of treatment-A study among Bangladeshi women. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 2016; 41(3), 131-137.

23. Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 2012; 30(1), 61-71.
24. Urrutia, M. T., Concha, X., & Padilla, O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2014; 79(5), 368-377.
25. Hua, C. H., Guo, H. M., Guan, X. L., Kong, F. J., Hou, R. J., Zhang, X. Y., & Li, S. R. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer cervical cancer module for Chinese patients with cervical cancer. *Patient preference and adherence*, 2013; 7, 1061.
26. Lobatón, Alfonso Torres, et al. "Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. Seguro Popular." *Ginecol Obstet Mex* 81 (2013): 71-76.
27. Xie, Yao, et al. "Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different clinical stages." *Chinese journal of cancer* (2013): 32.5: 275.
28. Montana Abad Monica *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 516 INFAD *Revista de Psicología*, N°1-Vol.2, 2011. ISSN: 0214-9877. pp: 511-520.
29. Huerta J. *El estudio de la salud familiar. Medicina familiar*. 1ra edición. México: Alfil; 2005. p. 101-102
30. Parra L, Carrillo G. Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix. *Av. enferm.* 2011. 29 (1): 87-96.