



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON  
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 1 Y 2 USUARIAS DEL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE  
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

PRESENTA:  
SILVIA ERIKA GONZÁLEZ RESÉNDEZ

ASESOR METODOLÓGICO:  
DRA. DORA MARIA BECERRA LÓPEZ  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR ESTADÍSTICO:  
DR. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ  
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO  
ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA EN LA  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UASLP

SAN LUIS POTOSÍ

FEBRERO 2020

AUTORES:

Dra. Silvia Erika González Reséndez  
Médico Residente Especialidad en Medicina Familiar.  
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47

ASESORES

Dra. Dora María Becerra López  
Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar.  
Maestría en Ciencias de la Educación y diplomado en Profesionalización Docencia I y  
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.47, San Luis Potosí. S.L.P.  
Asesor Metodológico

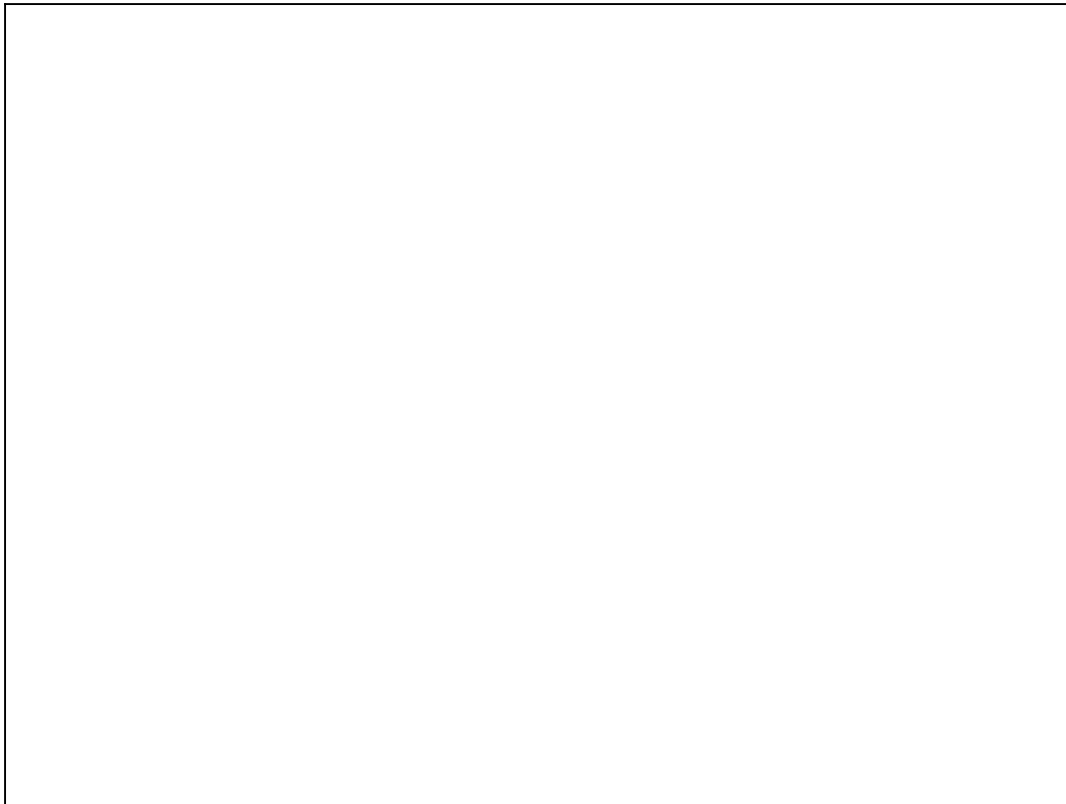
Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez  
Profesor investigador de tiempo completo.  
Maestría en Salud Pública y Epidemiología.  
Adscrito al Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UASLP,  
San Luis Potosí. S.L.P.  
Asesor Estadístico.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TÍTULO DE TESIS:

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON  
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 1Y 2 USUARIAS DEL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE SAN LUIS  
POTOSÍ, S.L.P.

PRESENTA:  
SILVIA ERIKA GONZÁLEZ RESÉNDEZ



---



AUTORIZACIONES

--

--

## RESUMEN

### COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 1 Y 2 USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

González RSE', Becerra LDM ", Hernández RHG '""

Residente de Tercer grado de la Especialidad de Medicina Familiar. " Especialista en Medicina Familiar, Maestría en Ciencias de la Educación. "" Médico General, Maestría en Salud Publica y Epidemiología ""

Introducción. El Cáncer Cervicouterino (CaCu) ocupa el segundo lugar en neoplasia malignas para las mujeres mexicanas, las cuales durante su diagnóstico y tratamiento requieren y necesitan redes de apoyo brindadas por un adecuado funcionamiento familiar. Objetivo. Determinar la Cohesión y Adaptabilidad Familiar en pacientes Con Neoplasia Intraepitelial Cervical 1 Y 2 usuarias del Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P. Material y métodos. Investigación observacional, descriptiva, transversal. Se aplicó el instrumento FACES III a 10 pacientes diagnosticadas con diferentes grados de neoplasia intraepitelial cervical por resultado histopatológico. Se realizó en la clínica de displasias del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos a través de estadística descriptiva e inferencial. Resultados. El funcionamiento familiar que tienen las pacientes con distintos grados de NIC fue en 50% extrema, en lo cual se comprueba que el funcionamiento familiar se ve alterado en la población en estudio. Recursos. Área física: el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Humanos: médico tesista y asesor, pacientes con diagnostico NIC 1 y 2 usuarias del HGZ/CMF No. 1. Materiales: diversos materiales de oficina, cuestionarios y equipo de cómputo. Conclusiones. En México y en San Luis Potosí son pocos los es-

tudios en que se ha utilizad este instrumento, por lo tanto, esta investigación sienta las bases para las futuras investigaciones.

Palabras Claves: Neoplasia Intraepitelial Cervical, Funcionamiento Familiar, Cohesión.

## ÍNDICE

Contenido

RESUMEN.....	e
ÍNDICE .....	A
ÍNDICE DE TABLAS.....	i
ÍNDICE DE FIGURAS .....	ii
ÍNDICE DE GRAFICAS .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	v
1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.2. CÁNCER CERVICOUTERINO .....	3
1.3. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO .....	4
1.4. CO-FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CACU .....	7
1.4.1. Factores intrínsecos .....	7
1.4.2. Factores extrínsecos .....	8
1.5. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL .....	11
1.6. FACES III .....	13
1.6.1. Antecedentes .....	15
2. JUSTIFICACIÓN .....	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	19
4. OBJETIVOS .....	22
4.1. OBJETIVO GENERAL .....	22

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
5. HIPÓTESIS .....	23
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	24
6.2 DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
6.3 LÍMITES DE ESPACIO Y TIEMPO .....	24
6.4 UNIVERSO .....	24
6.5 POBLACIÓN.....	24
6.6 MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.....	24
6.7 CRITERIOS DE ESTUDIO.....	25
6.7.1 De inclusión .....	25
6.7.2 De exclusión .....	25
6.7.3 De eliminación .....	25
6.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	25
6.9 PROCEDIMIENTO.....	25
6.10 VARIABLES A RECOLECTAR .....	26
7.-ASPECTOS ÉTICOS .....	29
7.1. NACIONALES .....	29
7.2. INTERNACIONALES .....	30
8. RECURSOS .....	31
8.1. HUMANOS.....	31
8.2. MATERIALES Y FINANCIEROS .....	31
9. RESULTADOS .....	32



9.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	32
9.1.1 Edad .....	32
9.1.2. Estado civil .	33
9.1.3 Escolaridad.....	34
9.1.4 Ocupación	35
9.2 CO-FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL....	36
9.2.1 Inicio de Menarca .....	36
9.2.3 Número de Gestas .....	37
9.2.4 Edad de Inicio de Vida Sexual.....	38
9.2.5 Número de Parejas Sexuales.....	39
9.3 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO FACES III .....	39
10. DISCUSIÓN.....	42
11. CONCLUSIONES .....	46
12.LIMITANTES.....	47
13. PERSPECTIVAS.....	48
14. BIBLIOGRAFÍA.....	49
15. ANEXOS.....	60
15.1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
15.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	62
15.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	65
15.4. DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL COMÍTE DE ÉTICA E.....	66
INVESTIGACIÓN EN SALUD	66

## ÍNDICE DE TABLAS

"Tabla 1. Instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar más utilizados. ....	1
"Tabla 2. Material que será utilizado durante la investigación.	3

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa global que presenta la clasificación nacional de cáncer como causa de muerte en edades inferiores a 70 años en 2015. ....	1
Figura 2. Mortalidad por CaCu en el mundo en 2012.. ....	3
Figura 3. Estructura del genoma del virus del papiloma humano. ....	6
Figura 4. Mecanismo de infección del VPN en la mucosa del tracto genital inferior.....	7
Figura 5. Clasificación citológica de lesiones cervicales. ....	12
Figura 6. Distintos grados de NIC.....	13

## ÍNDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Rangos de edad de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	33
Grafica 2. Estado Civil de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	34
Grafica 3. Grado de Escolaridad de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	35
Grafica 4. Ocupación de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	36
Grafica 5. Edad del inicio de la menarca de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	37
Grafica 6. Número de Gestas de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	38
Grafica 7. Edad de Inicio de Vida Sexual de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	38
Grafica 8. Número de parejas sexuales de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	39

Grafica 9. Nivel de cohesión familiar de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	40
Grafica 10. Nivel de adaptabilidad familiar de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019 .....	40
Grafica 11. Distribución porcentual de la función familiar de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de colposcopia del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019.....	41

## AGRADECIMIENTOS

Le doy infinitas gracias a Dios por cada día de mi vida en el que me da la oportunidad de amanecer y darme los medios para seguir aprendiendo constantemente y poner en mi camino a personas maravillosas que dejan huella en mi en base a su ejemplo de vida.

Doy gracias a mi padre Elías por darme su apoyo y siempre ser un hombre íntegro que me predicó con el ejemplo, por hacerme sentir especial y creer en mi hasta el final y ahora con su recuerdo ser mi fortaleza y guía desde el cielo.

Gracias a mi madre Elvia que con su bondad inagotable y ternura me da su abrazo constante y las palabras precisas para darme el mejor consejo.

Gracias a Héctor por su apoyo incondicional cuando más lo necesito y por estar presente en todo tiempo y distancia.

Gracias a mis amigos por tantas alegrías y risas compartidas, por estar en las buenas y en las malas.

Doy gracias a mis queridas coordinadoras y maestros que fueron un pilar en mi formación y ampliaron mis conocimientos con verdadero amor a su profesión.

Gracias a la Facultad que me abrió sus puertas para forjar mi sueño.

Y por último gracias al Instituto que me dio abrigo en sus hospitales para ejercer mis prácticas médicas y aprender de los médicos adscritos.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles son actualmente responsables de la mayoría de las muertes a nivel mundial y se espera que el cáncer se ubica como la principal causa de muerte y la barrera más importante para aumentar la esperanza de vida en todos los países del mundo. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, el cáncer es la primera causa de muerte antes de los 70 años en 91 de 172 países (Figura 1)<sup>2</sup>.

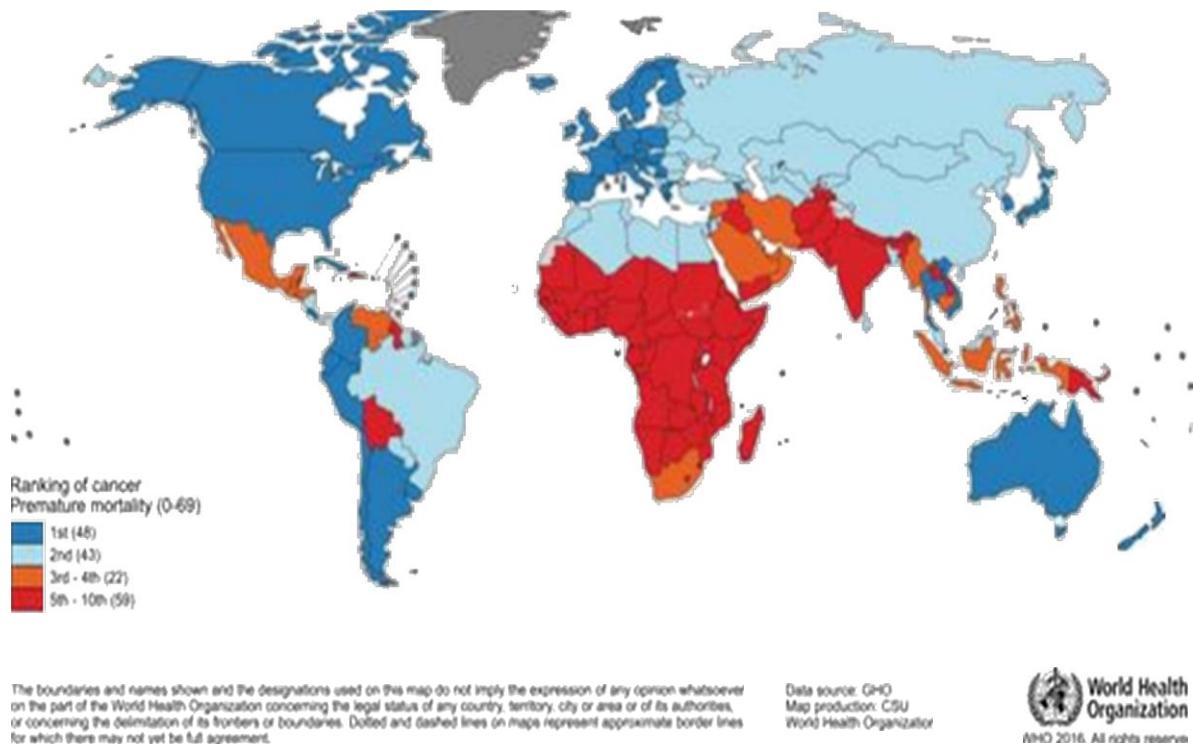


Figura 1. Mapa global que presenta la clasificación nacional de cáncer como causa de muerte en edades inferiores a 70 años en 2015. El número de países representado en cada grupo se incluye en la leyenda. Fuente. Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup>.

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es uno de los cánceres más comúnmente diagnosticados en mujeres de todo el mundo. En 2018, según estimaciones de GLOBOCAN hubo 569,847 nuevos casos de CaCu en todo el mundo (el cuarto cáncer más común en mujeres en todo el mundo, esto representa el 6.9<sup>Q</sup> de todos los cánceres en mujeres).

En este mismo año se estimaron 311,365 muertes por esta enfermedad a nivel mundial<sup>2</sup>.

La carga desproporcionalmente alta de la enfermedad y las tasas de incidencia elevada en los países de ingresos medios y bajo tienen un origen multicausal como: la falta en demanda oportuna de papanicolaou por la población blanco (acuden cuando tienen síntomas de la enfermedad, los cuales se manifiestan en etapas tardías), la falta de organización de los servicios involucrados, carencia de infraestructura, pocos hospitales para el manejo de las pacientes con diagnóstico de CaCu<sup>3 4</sup>

En un estudio realizado por Sánchez-Román et al (2015). en una institución pública de seguridad social se estima que el costo para la institución al atender a una mujer trabajadora en su primer año de tratamiento por CaCu es de \$91,064.00 M/N sin mencionar los problemas sociales y psicológicos que esto con lleva tanto para la paciente como para los familiares<sup>5</sup>

Dentro de los principales problemas que llegan a presentar las pacientes recién diagnosticadas con algún tipo de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) son alteraciones en la relación de pareja, altera problemas en la dinámica familiar. La familia como un conjunto de personas, constituyen un sistema dinámico de interacciones, cuya propiedad básica es que cualquier cambio en uno de sus miembros, potencialmente provoca modificaciones en los demás, es así que el cáncer, no origina solo cambios a la persona afectada sino a toda la familia<sup>6</sup>

Evaluar el funcionamiento familiar a través de instrumentos validados es muy útil para conocer la dinámica familiar, dentro de este tipo de instrumentos se encuentra la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES II)<sup>7</sup> En México hay poca evidencia científica que indague acerca del funcionamiento de la dinámica familiar en pacientes con distintos grados de NIC, en el estado de San Luis Potosí no existen estudios en donde se aborde este problema, hecho que realza la importancia de este traba-



## 1.2. CÁNCER CERVICOUTERINO

El CaCu es considerado un importante problema de salud pública no solo porque tiene alta magnitud y trascendencia, sino porque afecta principalmente a mujeres vulnerables y en situación de pobreza, provocando un efecto negativo en los sectores de la fuerza laboral al igual que en sus familias y comunidades, ya que se pierden prematuramente jefas de familia, madres, esposas y abuelas, que tienen roles importantes e irremplazables en la sociedad .

En el 2012 hubo un estimado de 266,000 muertes por CaCu en todo el mundo, representando el 7,50 de todas las muertes por cáncer en las mujeres. Casi nueve de cada diez muertes por CaCu se producen en las regiones menos desarrolladas. Alrededor del 85% de la carga mundial por esta enfermedad se encuentra en las regiones de ingresos bajos y casi nueve de cada diez muertes se presentan en estas regiones (Figura 2) .

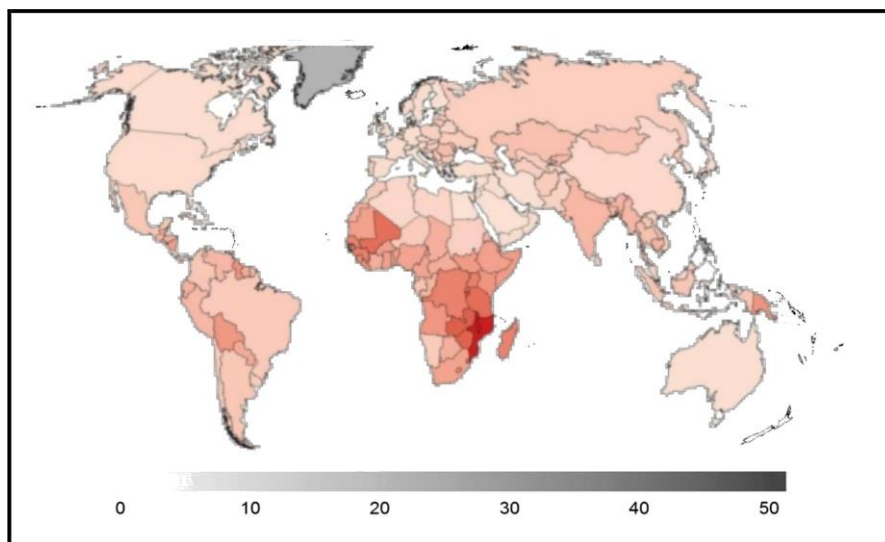


Figura 2. Mortalidad por CaCu en el mundo en 2012. La intensidad del color en la barra representa mayor mortalidad. Tasa estandarizada por 100,000 mujeres .

En América en el año 2008 se diagnosticaron más de 80,000 mujeres con CaCu y aproximadamente 36,000 muertes por esta causa. Si estas tendencias continúan se prevé que el número de muertes llegue a duplicarse para el año 2030. Las tasas de

mortalidad por CaCu son siete veces más altas en América Latina y el Caribe que en América del Norte, donde este cáncer ocupa el segundo lugar dentro de los casos de cáncer y defunciones en mujeres, lo que destaca las desigualdades en materia de salud<sup>10</sup>

El CaCu es una enfermedad que se puede prevenir y para ello las mujeres deben adherirse a conductas estrechamente relacionadas con la detección oportuna de lesiones causadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH), ya que se ha asociado a un alto grado de lesiones cervicales y es considerado el agente causal en el desarrollo de cáncer cervicouterino <sup>11</sup>

### 1.3. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Desde la década de los ochenta se identificó al VPH como una causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la enfermedad <sup>12</sup> porque necesita la presencia de diferentes co-factores que ayuden al progreso de la infección por VPH a convertirse en NIC y su posterior progreso hacia CaCu<sup>13</sup>

El VPH pertenece a la familia *Papovaviridae* y es un virus pequeño que contiene alrededor de 8,000 pares de bases. Presenta una cápside proteica icosaédrica que la protege y tres regiones génicas (Figura 3):

1. La región codificante tardía (*late región* por sus siglas en inglés "L") involucrada en la expresión de proteínas de la cápside que se requieren para el ensamblaje viral; se divide en L1 y L2.
2. La región temprana (*early región* por sus siglas en inglés "E") que codifica proteínas que juegan un rol importante para la replicación y la transformación (oncogenicidad); E6 y E7 son las más importantes.
3. La región reguladora no codificante (*upstream regulatory región* "URR" o también conocida como *long control región* 'LCR") que regula la transcripción de las proteínas tempranas <sup>14</sup>

De los más de 200 tipos de VPH aproximadamente 30 o 40 afectan a los tejidos anogenitales de hombres y mujeres <sup>15</sup> Presentan predilección por superficies epiteliales cutáneas y mucosas de cuello uterino, vagina y vulva, pene y regiones perianal e intraanal y pueden afectar a estos tejidos. Se dividen en dos grandes grupos:

- a) Bajo riesgo oncogénico: Se relacionan con mayor frecuencia en la producción de verrugas genitales externas y lesiones intraepiteliales de bajo grado. Los más comunes son: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y 89. Los tipos 6 y 11 son responsables de la producción del 90<sup>0</sup> de las verrugas genitales.
- b) Alto riesgo oncogénico: El 70% se relacionan con la génesis de carcinomas. Los más comunes son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56,58, 59, 66 y 68. Los tipos 16 y 18 son responsables de alrededor del 70% de los carcinomas cervicales en el mundo<sup>16</sup>

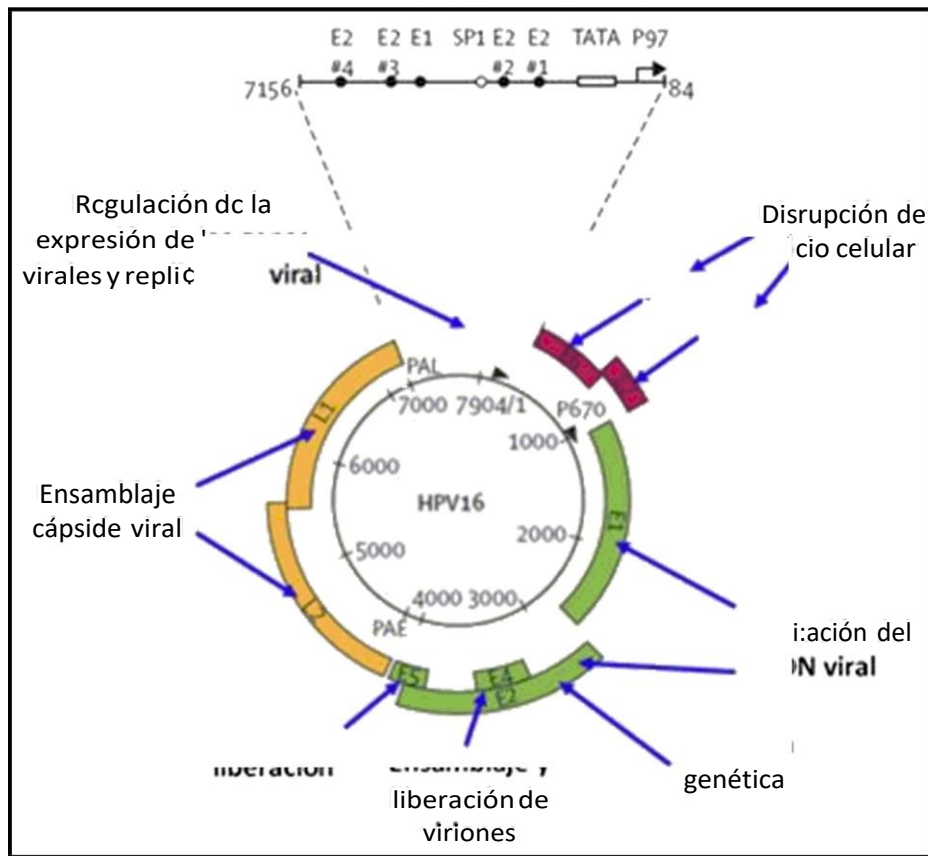


Figura 3 Estructura del genoma del virus del papiloma humano. En la ilustración se pueden observar las funciones de cada proteína<sup>1</sup>

El VPH penetra en el epitelio a través de microfisuras hasta alcanzar las células del estrato basal, allí utiliza enzimas celulares para la replicación de su Ácido Desoxirribonucleico (ADN). A medida que ocurre la maduración y diferenciación celular, si la infección es producida por un tipo de bajo riesgo, este permanece en estado episomal, pero si se trata de un tipo de riesgo, este tiene la capacidad de integrarse al genoma de la célula infectada, con lo que comienzan así los mecanismos de oncogénesis viral (Figura 4)<sup>18</sup>

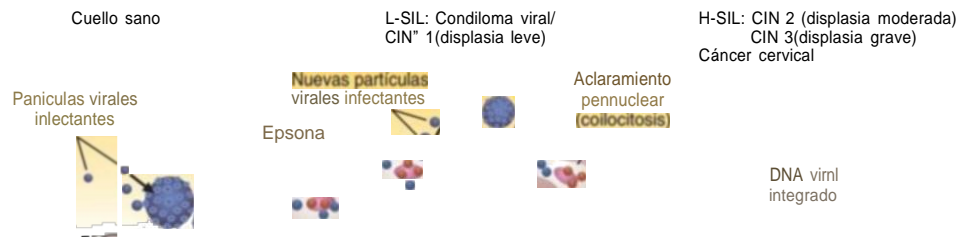


Figura 4. Mecanismo de infección del VPH en la mucosa del tracto genital inferior<sup>18</sup>,

#### 1.4. CO-FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CACU

Existen diferentes co-factores para el desarrollo del CaCu, los cuales se mencionarán a continuación de acuerdo a su clasificación: Intrínsecos y extrínsecos.

##### 1.4.1. Factores intrínsecos

- a) Genéticos. La predisposición genética representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a la infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad<sup>19, 20</sup> Los riesgos familiares de tumores de CaCu se explican mejor por mecanismos multifactoriales de riesgo, hereditarios y ambientales, en relación con las causas genéticas y de comportamiento, respectivamente<sup>2 1</sup>
- b) Multiparidad. Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; después de tener cuatro hijos el riesgo se triplica, con siete se cuadruplica y

con doce aumenta significativamente. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios<sup>22</sup>

- c) Partos vaginales. Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un 70% de riesgo de tener una lesión intraepitelial comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto<sup>23</sup>

#### 4.2. Factores extrínsecos

- a) Hábito tabáquico. Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras<sup>24</sup> Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular al ADN del tejido en mujeres que fuman<sup>25</sup> Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras<sup>26</sup>
- b) Infecciones recurrentes de transmisión sexual. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. maculosa* en Colombia y España, pero no en Brasil mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus. Adicionalmente, la coinfección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por VIH de hasta 3 veces sobre el riesgo de las mujeres sin VIH<sup>27</sup>

- c) Nutrición. El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH. La pérdida del "imprinting" en los fenómenos de carcinogénesis podrían vincularse con factores fisiológicos, ambientales y dietéticos, que poseen la capacidad de metilar al ADN así el folato, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención de CaCu a través de su papel en la metilación<sup>28, 29</sup> La ingestión de comidas ricas en vitamina A y particularmente en retinol fue asociado con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes está asociado con la afección en análisis<sup>30</sup>
- d) Uso a largo plazo de anticonceptivos hormonales. En un estudio multicéntrico realizado por la *International Agency Research of Cancer (IARC)*, se encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor a diez años<sup>31</sup> Existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la infección persistente por el VPH. Uno de ellos es que, en ausencia de hormonas, el receptor para estas es inactivo y se localiza en el núcleo de la célula blanco como un gran complejo molecular asociado a muchas proteínas de choque térmico<sup>32</sup>
- e) Inicio temprano de la vida sexual. Se ha demostrado que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es de 2.4 veces mayor que cuando se tiene a los 21 años<sup>33</sup>

- f) No circuncisión. Se ha demostrado que los hombres que no han sido circundados, tienen más prevalencia de contraer verrugas genitales a los que sí tienen la circuncisión. Algunos estudios informaron que la circuncisión era protectora para la infección prevalente<sup>34-36</sup> mientras que otros estudios informaron que no lo era<sup>37, 38</sup>
- g) No utilización del preservativo. Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han demostrado que disminuyen la posibilidad del CaCu, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH<sup>39</sup>
- h) Alto número de parejas sexuales. Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse, sea permanente u ocasional<sup>40</sup>
- i) Escolaridad. No hay una relación directa con la aparición de lesiones precursoras de cáncer, pero se plantea en la literatura que a más baja escolaridad, mayor riesgo de tener este tipo de lesiones, ya que la mujer tendrá menos posibilidades de comprender y concientizarse para en un primer lugar realizarse el papanicolaou cada año y darse seguimiento adecuado en caso de que el examen revelará alguna lesión premaligna<sup>39, 41, 42</sup> El grado de educación formal, motivo de análisis, es un parámetro absolutamente objetivo y mensurable en casi todas las personas. Por lo que se considera que podría ser un buen indicador para clasificar grupos de riesgo con respecto a diferentes neoplasias, especialmente el CaCu, que afecta fundamentalmente a mujeres en pobreza<sup>43, 44</sup>
- j) Estado civil. La relación que refiere la literatura consultada es que las mujeres solteras tienden a presentar mayores factores de riesgo de CaCu porque existe la posibilidad de aumentar el número de compañeros sexuales y por consiguiente el riesgo de promiscuidad, por el hecho de ser solteras y no tener ningún tipo de responsabilidad con una pareja<sup>45, 46</sup>



- k) Índice de masa corporal. Los estudios epidemiológicos han asociado la obesidad con un amplio rango de tipos de cáncer, a pesar de que los mecanismos por los cuales la obesidad pueden inducir o promover la tumorigénesis, varían según el tipo de tumor. Algunos factores que clásicamente se han relacionado con el aumento de la incidencia de cáncer en poblaciones obesas, se relacionan con el metabolismo de los azúcares, por ejemplo, el aumento de la resistencia a la insulina, la hiperinsulinemia crónica y otros factores relacionados con el metabolismo de hormonas esteroideas y el microambiente inflamatorio del tumor. La comprensión de estos mecanismos nos aporta una nueva visión de la patogénesis del cáncer<sup>7</sup>
- l) Pobreza. El nivel socioeconómico es un factor importante porque se asocia con otros factores como la mal nutrición, la promiscuidad, el desempleo, la falta de recursos para realizarse una prueba de detección<sup>48</sup> Lo anterior se puede relacionar con que no reciben un diagnóstico oportuno y su tratamiento es tardí<sup>49, 50</sup>
- m) No haberse realizado el Papanicolaou (PAP). La detección y el tratamiento oportuno de lesiones preneoplásicas y neoplásicas es muy importante, sin embargo, el PAP no es una prueba de diagnóstico es una prueba de tamizaje que detecta a las mujeres que puedan tener lesiones en el cuello del útero. A pesar de que en México existe el programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino las mujeres no se realizan el PAP, entre las razones destaca el que no han sido informadas lo suficiente sobre el beneficio que esto tiene para su salud, otro motivo es que no tienen acceso a los centros de salud, experiencias negativas con el personal de salud que las ha atendido, miedo de la reacción de su pareja quien puede prohibirle acudir al ginecólog<sup>01</sup>

## 1.5. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

Los cambios displásicos son evolutivos y de acuerdo a su magnitud en el momento del estudio, es que las displasias se clasifican. En la figura 5 se muestran las diferentes nomenclaturas que se les da a los tipos de lesiones desde el punto de vista citológico<sup>1</sup>

Las alteraciones uterinas van desde una lesión escamosa intraepitelial en el cuello ute-

<b>Bethesda (2001)</b>	Neg. A malignidad	Comb. Reparo		Lesión introepitelial escamosa			CA Invasor
			Asus os-h agc	LIEBC (VPH)	LIEAG		
<b>Richard (1993)</b>	Normal	Inflomoción		f•JeoplosiO introepitelial cervical			
			fJIC I	NIC II	NIC III		
<b>OMS (1979)</b>	Normal	Inflomoción	Qisplosio leve	Qisplosio moderado	Displosio groxe	CA in situ	
<b>Papanicolau (1972)</b>	CLASE I	CASE II	CLASE III		CLASE IV	CLASE V	

nno que varía de un crecimiento anormal mínimo (bajo grado) hasta un progreso en el

Figura 5. Clasificación citológica de lesiones cervicales <sup>1</sup>

espesor que llega a la capa más superficial del epitelio (alto grado)<sup>32</sup>.

Los cambios epiteliales cervicales incluidos en el término NIC se inician con la displasia leve grado I (NIC I), en esta etapa la atipia celular es mínima y afecta el tercio o cuarto inferior del epitelio. Estos cambios pueden observarse en el epitelio cervical habitual o en el epitelio aplanado notable por cambios coilocitóticos (condiloma plano). La coilicitosis constituye una angulación nuclear rodeada por vacuolización perinuclear producida por un efecto viral citopático, en este caso el VPH <sup>3</sup>

Con el avance a NIC II la displasia se hace más grave y afecta a la mitad inferior del epitelio, se acompaña de cierta variación en el tamaño de la célula y del núcleo y con mitosis de apariencia normal por arriba de la capa basal, estos cambios se designan

displasia moderada, la capa superficial de las células aún está bien diferenciada, pero ciertos casos muestran los cambios coilocitóticos descritos<sup>04</sup>

El siguiente caso es la displasia grave (NIC III), notable por la mayor variación en el tamaño de la célula y del núcleo, orientación desordenada de las células y mitosis normales o anormales, estos cambios afectan casi todas las capas del epitelio, la diferencia-

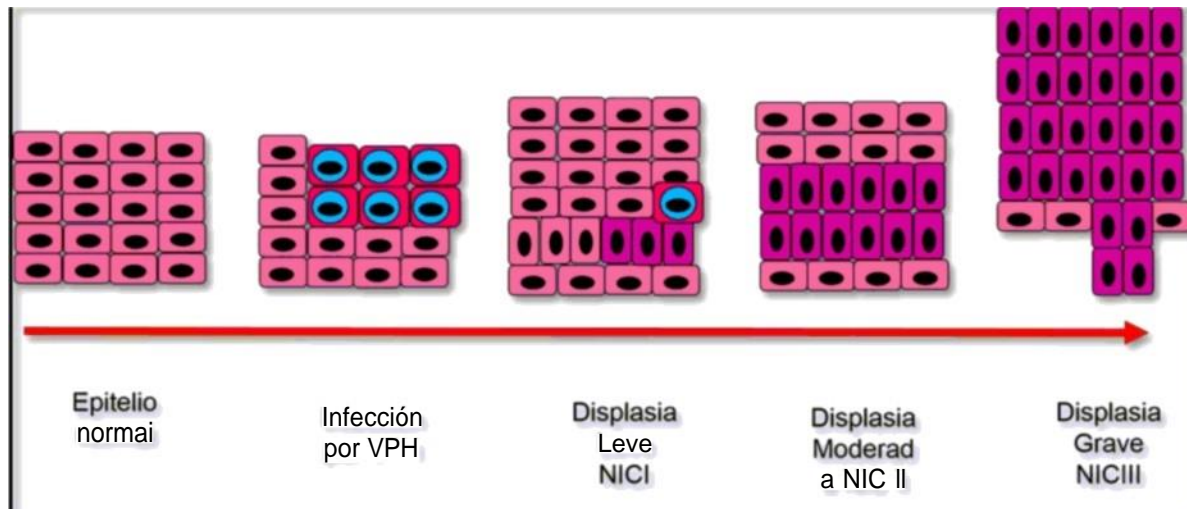


Figura 6. Distintos grados de NIC.

ción de las células de la superficie y los cambios coilocitóticos por lo general han desaparecido, en la figura 6 se muestran los distintos tipos de neoplasias<sup>03</sup>

## 1.6. FACES III

Las relaciones familiares son muy importantes para el ser humano, diferentes estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia, la salud y el desarrollo del individuo<sup>7</sup> Dentro del funcionamiento familiar se sostiene que las tres dimensiones que definen este constructo son:

- Cohesión. Se refiere el grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia.
- Adaptabilidad familiar. Se define como la magnitud de cambio de roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

- Comunicación. Facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.

Evaluar el funcionamiento familiar a través de procedimientos rigurosos se ha convertido en una necesidad real de la práctica psicológica. En la actualidad se utilizan diferentes instrumentos para evaluar la familia a nivel de grupo (tabla 1). La gran mayoría de los instrumentos están validados para ser utilizados para ser utilizados en el contexto en el cual se han originado, pero no han sido adaptados en otros contextos<sup>7</sup>

Tabla 1. Instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar más utilizados<sup>7</sup>

Instrumento de evaluación	Autor/es y año de publicación
Escala de Puntuación Clínica (CR)	
Recursos de Evaluación Familiar	Epstein, Bishop y Baldwin (1991)
Inventario Familiar de Autoreporte (IFI)	Beavers, Hampson y Hughs (1985)
	Moos y Moos (1977)
	Miller, Rau, Kettner, Bishop y Antonovsky y Sourani (1988)
Índice de Funcionamiento Familiar (IFI)	Linder-Petiz, Levy, Tamir, Spence y Epstein (1984)
	Smilkstein (1972)
Escala McMaster de valoración clínica	Miller, Rau, Kettner, Bishop y Antonovsky y Sourani (1988)
Encuesta de Relación Padre-Hijo	Fine y Schwebe (1983)
Escala de Funcionamiento Familiar	Palomar (1998)
	Reyes-Lagunes y Giaz-Loving (2006)

La escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del modelo circumplejo: la cohesión y la flexibilidad familiar, se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones<sup>5</sup>

Se sabe que el cáncer se puede considerar como una crisis, por la capacidad para desorganizar el sistema familiar, en relación a este proceso se pueden encontrar familias funcionales o disfuncionales <sup>6</sup>

#### 1.6.1. Antecedentes

Se ha utilizado el instrumento FACES III en diversas enfermedades, como el estudio de Ruvalcaba et al. (2016) en donde utilizó este cuestionario en 39 pacientes con trastorno depresivo que estaban adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en la delegación de Aguascalientes. En su investigación se encontró que el 82.1% de los pacientes tenían una familia funcional y el 17.9% una familia disfuncional. Dentro de los tipos de familia que se identificaron el 15.4% eran caóticas, el 12.0% flexiblemente separada y con 10.3% estaban las familias flexiblemente conectada y estructuradamente conectada<sup>3 7</sup>

El instrumento también se ha utilizado en pacientes a 168 pacientes con sobrepeso y obesidad de entre 20 y 49 años de edad para medir la función familiar. En esta investigación el 50.6% presentó obesidad, además, el 56.6% presentó disfunción familiar<sup>3</sup>. Esto importante porque quiere decir que el instrumento se puede utilizar a pacientes con diferentes patologías, entre ellos a mujeres con distintos grados de NIC y CaCu.

Se han realizado estudios como el de García-Leetch et al (2009) en el cual se aplicó el cuestionario FACES III a 90 pacientes con CaCu. Se encontró que el 58.0% de la tipología familiar fue la familia extrema, el 32.22% a las moderadamente balanceadas, 5.66% rango medio y 2.22% a las balanceadas. Además, de acuerdo al análisis de la familia según FACES se evalúa desde el punto de vista de su cohesión y adaptabilidad, lo cual nos permite ver la tipología familiar anteriormente mencionada. Dentro de esta investigación también se observó que tanto las pacientes fumadoras se ubicaron dentro de las familias extremas<sup>3 9</sup>

Otra investigación realizada es la de Morales et al (2014) en 76 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social, estas pacientes

eran portadoras de infección por VPH y se les aplicó el instrumento de la funcionalidad familiar FACES III. En este estudio se encontró que el 23% de las pacientes había iniciado su vida sexual activa a los 16 años, seguido del 21% a los 15 años y el 16% a los 17 años. El mayor grado de escolaridad fueron las pacientes con primaria completa con un 42.1%, en cuanto al estado civil el 96.1% de las pacientes eran mujeres casadas. Con respecto a la disfuncionalidad familiar en las pacientes, se encontró que el 82.9% eran disfuncionales y el 17.1% como familias funcionales <sup>60</sup>

En México son pocos estudios de los cuales se tiene reporte en los cuales se haya explorado la funcionalidad familiar en pacientes con distintos grados de NIC o CaCu, además en el estado de San Luis Potosí no hay información acerca de este tema, un hecho que resalta la importancia y la necesidad de este estudio.

## 2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial el CaCu es el cuarto tipo de cáncer más común entre las mujeres y fue el séptimo en general, con un estimado de 528,000 nuevos casos en 2012. Alrededor del 85% de los casos se localizaron en regiones menos desarrolladas, donde representa casi el 12% de todos los cánceres femeninos. Esta enfermedad es el tipo de cáncer más común en las mujeres en el este de África y Oriente. En el 2012 hubo un estimado de 266,000 muertes por esta causa en todo el mundo, lo cual represento el 7.00 de todas las muertes por cáncer en las mujeres<sup>61</sup>

En México el CaCu ocupa el segundo lugar entre las neoplasias de mujeres y es el responsable de 3,840 defunciones en el año 2012, de las cuales 79 pertenecieron al estado de San Luis Potosí. En el año 2008 San Luis Potosí presentó una incidencia de 14.28 por cada 100 mil mujeres de 15 años o más, encontrándose por encima de la media nacional, en el sexto lugar en incidencia según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía<sup>62</sup>

El agente etiológico que se ha involucrado en la génesis del CaCu es el VPH, que además requiere de la presencia de algunos co-factores intrínsecos y extrínsecos de la persona como son: Genéticos, múltiples parejas sexuales, tabaquismo, inicio de la vida sexual a edad temprana, por mencionar algunos; que influyen sobre el epitelio de la zona de transformación del cuello uterino y que alteran su estructura por el daño al ADN celular<sup>63</sup>

Algunos estudios reportan que en el 95.8% de los casos de CaCu se tuvo un antecedente de infección por VPH de alto riesgo y se considera necesario más no suficiente para el desarrollo de la enfermedad <sup>64</sup> La infección por VPH es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, con una prevalencia en mujeres jóvenes de entre 30% al 46% en diversos países. Se estima que más del 50% de todos los adultos sexualmente activos contraerán esta infección en algún momento de su vida. Estas infecciones pueden resolverse espontáneamente o progresar a la aparición clínica de la infección, manifestándose más notablemente

como displasia cervical que puede progresar a cáncer, la familia juega un papel importante en la evolución de las pacientes <sup>65</sup>

La familia y el entorno social son importantes, el funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que confieren identidad propia. En toda familia se presenta una dinámica que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento <sup>66</sup> La relación entre el apoyo social que tienen las pacientes con distintos grados de neoplasia, así como el CaCu es indispensable, por lo tanto, es de interés indagar en el tema<sup>67</sup>

Por lo anterior es importante la presente investigación en la ciudad de San Luis Potosí ya son pocos estudios los que se han realizado para conocer el funcionamiento familiar en mujeres con diferentes grados de NIC en México. El impacto de este estudio es identificar y conocer cuál es el funcionamiento familiar en mujeres con distintos grados de neoplasia en S.L.P. en el Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en los meses de septiembre a noviembre de 2019 , para la creación de planes estratégicos de intervención y apoyo a estas pacientes y permitir mejorar las relaciones interpersonales, así como mejorar las redes de apoyo en esta población.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es actualmente uno de los mayores desafíos en la salud pública, afecta a los países de ingreso altos, medios y bajos. Aunque, en los países de ingresos medios puede tener consecuencias catastróficas en los próximos años para los sistemas de salud<sup>68</sup> México es un país de ingresos medios altos, que está pasando por una transición epidemiológica, en el cual los patrones de mortalidad están influenciados por los avances tecnológicos y médicos<sup>69</sup>

En México, el último intento por tener registros de cáncer fue el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), este dejó de funcionar en el 2003, por lo tanto, aún faltan datos para poder tener información exacta acerca de la incidencia de esta patología. Aunque se ha promovido la notificación de nuevos casos de cáncer, pero la fragmentación del sistema de salud hace que la notificación completa de estos casos sea ineficiente; esta ineficiencia es la razón por la cual solamente se cuenta con datos parciales<sup>70</sup>

El CaCu es el cuarto tipo de cáncer más común en mujeres en todo el mundo con más del >85% de las muertes por esta enfermedad, en los países con ingresos más bajos, lo que corresponde con una disparidad de 18 veces en las tasa de mortalidad<sup>71</sup> La infraestructura, la experiencia y los fondos necesarios para brindar tratamientos modernos contra el cáncer de cuello uterino siguen siendo barreras importantes para la ejecución de ensayos clínicos en América Latina<sup>72</sup>

En México, solamente el 15% de los cánceres se detectan en etapas tempranas, en el 2008 se instituyó una campaña de vacunación contra el VPH para niñas de 9 a 16 años, a pesar de estos esfuerzos la carga general de la enfermedad, los resultados del tratamiento y el número de mujeres que buscan atención aún están rezagadas en comparación con países de ingresos alt <sup>73</sup>

Al igual que la infraestructura, el acceso a los servicios de salud y el tratamiento son importantes, las redes de apoyo social son un elemento fundamental en la salud de las personas, aunque en ocasiones puede ser contraproducente en en-

fermedades que con llevan estigma y descrédito social, tal es el caso de padecer una infección de transmisión sexual<sup>74</sup>

Para las mujeres de escasos recursos, el apoyo de las redes sociales de apoyo es la púnica opción de ayuda e intercambio de información. Algunas investigaciones como la de Pearse et al (2010) son las redes familiares las primeras que se gestionan y activan ante alguna situación de enfermedad. De la misma manera en las redes familiares se hace un manejo estratégico y un cuidado diferenciado, lo que marca a una gestión distinta de apoyos entre la red familiar de la pareja o de la propia<sup>75</sup>.

Sin embargo, no siempre las gestiones en el medio familiar son de apoyo, si no que estas redes de apoyo pueden actuar en contra de la tranquilidad de las mujeres y agudizar los problemas previos en la relación previa y con el resto de la familia. Según Baidier et al (2003) menciona que la familia es el "sistema básico de cuidado y protección y el reflejo de ansiedad y miedo del paciente y de cada uno de los miembros de la familia"<sup>76, 77</sup>

En el estudio de Arellano-Gálvez et al (2013) mencionan que algunas pacientes diagnosticadas con distintos grados de NIC prefieren no socializar su diagnóstico y en caso de hacerlo, lo hacen de manera muy limitada, tratan de evitar las relaciones sexuales, comparten sus diagnósticos con las redes sociales de apoyo mayor confianza, se aíslan de sus redes familiares y sociales. Inclusive en algunos casos llegan al abandono de actividades laborales y educativas, como acciones protectoras<sup>74</sup>

Es por ello la importancia de identificar que funcionamiento familiar tienen las pacientes con NIC I y NIC II, ya que en México existen pocas investigaciones que abordan el funcionamiento familiar de pacientes con esta condición y en el Estado de San Luis Potosí no se tienen reportes hasta el momento en donde se aborde este tema, un hecho que realza la importancia de esta investigación. Dado lo anterior el propósito de esta investigación identificar el funcionamiento familiar en pa-

cientes con NIC I y NIC II del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es la cohesión y adaptabilidad en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical I y II usuarias del Hospital General de Zona con medicina familiar no. 1 de San Luis Potosí, S.L.P.?

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la Cohesión y Adaptabilidad Familiar en pacientes Con Neoplasia Intraepitelial Cervical I y II usuarias del Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la Cohesión y Adaptabilidad en pacientes con NIC I y NIC II del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.
- Identificar el tipo de funcionalidad familiar y distintos grados de NIC en pacientes del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.
- Identificar las variables sociodemográficas de pacientes con NIC I y NIC II del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.

## 5. HIPÓTESIS

H0= Se afecta IEJ COhesión y Adaptabilidad Familiar en Pacientes con Neoplasia Intraepitelial Cervical 1 Y 2 usuarias del Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P., Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.

H1- NO Sç3 afecta IEI COhesión y Adaptabilidad Familiar en Pacientes con Neoplasia Intraepitelial Cervical 1 Y 2 usuarias del Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P.

## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación observacional.

### 6.2 DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio descriptivo, de corte transversal.

### 6.3 LÍMITES DE ESPACIO Y TIEMPO

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí. Las pacientes que participaron en el estudio fueron mujeres diagnosticadas con NIC I y NIC II por resultado histopatológico. El tiempo de recolección de muestras fue de septiembre a noviembre de 2019.

### 6.4 UNIVERSO

Mujeres que viven en el Estado de San Luis Potosí.

### 6.5 POBLACIÓN

Mujeres que acudieron al Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí a la clínica de displasias.

### 6.6 MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se realizó fue no probabilístico por cuota. La muestra la conformaron todas las pacientes que acudieron por primera vez al servicio de displasias con diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial cervical 1 y 2, en el periodo de 3 meses (septiembre a noviembre del 2019) se capturaron 10 pacientes

## 6.7 CRITERIOS DE ESTUDIO

### 6.7.1 De inclusión

- Mujeres que acudan por primera vez al servicio de displasias con diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial cervical 1 y 2 del Hospital General de Zona Con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P.

Que acepten participar en el estudio previa firma de consentimiento informado.

- Mayores de edad.

Que supieran leer y escribir.

### 6.7.2 De exclusión

1. Mujeres que acuden de manera subsecuente a la consulta de displasias.

### 6.7.3 De eliminación

1. Mujeres cuyo cuestionario no estaba contestado completamente.
2. Que decidieran salirse del estudio.

## 6.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se tomó la información obtenida y se procedió a la codificación de las variables. Después se elaboró una base de datos en el programa Excel. Se realizaron pruebas de estadística descriptiva (media, mediana, moda) y se realizaron las gráficas que corresponden a las variables sociodemográficas analizadas.

## 6.9 PROCEDIMIENTO

Se estructuró la información para poder elaborar este protocolo de investigación, estableciendo los marcos referenciales, la definición de las variables, los criterios de selección para poder identificar a los pacientes adecuados para el estudio y el cronograma de actividades a seguir. El protocolo se subió a la Plataforma del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SI-RELCIS) en espera del número de registro. Obteniéndose el número de registro

Una vez que se obtuvo el número de registro se inició el trabajo de campo para cual se acudió al Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social y se les explicó a las pacientes el proyecto de investigación a pacientes con NIC I y NIC II, si aceptaron realizarlo, por lo que se les entregó la carta de consentimiento informado para que pudieran firmarla.

Posterior a la firma del consentimiento informado se les aplicó el instrumento FACES III, elaborado y validado por Olson et al (1983), además se incluyó un apartado de datos generales para conocer los datos sociodemográficos de las pacientes.

Una vez obtenido los resultados, se elaboró la estadística correspondiente para la elaboración de resultados.

#### 6.10 VARIABLES A RECOLECTAR

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipos de Variable	Escala	Unidades de Medida
Funcionalidad Familiar	Las funciones que tiene la familia, son las tareas que les corresponde hacer a los integrantes de la familia como un todo. Cuando la familia es disfuncional es porque alguno de los subsistemas se altera por cambio de roles en sus integrantes.	Se midió a través del cuestionario FACES III validado para la población mexicana.	Cadena	Nominal	1.-Nunca 2.-Casi nunca 3- Algunas veces 4.- Casi siempre 5.- Siempre

Variable Independiente	Definición Conceptual	Operacio-	Tipos de Variable	Escala	Unidades de Medida
------------------------	-----------------------	-----------	-------------------	--------	--------------------



traepitelial Cervical	epiteliales cervicales incluidos en el término NIC se inician con la displasia leve grado I (NIC	que tengan NIC I y NIC II.				2.- NIC II 3.- NIC III
Estado Civil	Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el una de vista del registro civil de una persona.	Situación desde el punto de vista del registro civil que tengan las pacientes del estudio al momento de aplicación del instrumento.	Cadena	Nominal		a).- Soltera b).- Casada c).- Madre Soltera d).- Divorciada e).- Viuda
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad en años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento en las pacientes.	Numérica	Continua		Ejemplo: (años) 18
Ocupación	Clase de trabajo que realiza una persona	Tipo de trabajo que tienen las pacientes al momento de aplicar el instrumento	Cadena	Nominal		1.- Estudia 2.- Trabaja 3.- Al hogar
Escolaridad	Tiempo durante el cual asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	Grado de estudios que tiene al momento de realizar el estudio.	Cadena	Nominal		a).- Primaria incompleta b).- Primaria completa d).- Se-

Edad de inicio de vida sexual	Inicio de relaciones sexuales	Edad en años a la que empezó a iniciar su vida sexual	Continua	Numérica	Años
Número de parejas sexuales	Individuos con los cuales ha tenido relaciones sexuales	Número de personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales durante su vida.	Continua	Numérica	Número

cundaria  
c).- Bachillerato  
d).- Profesión

## 7.-ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo se sometió a evaluación por el Comité de ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social para su revisión y previa aprobación.

Se identificó a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, de manera personal se les explicó en qué consistía el proyecto. Se resolvieron las dudas que tenían y se les invitó a participar como parte de la población en estudio, se les dió un consentimiento informado (Ver anexo 3) para que lo pudieran leer y a quienes aceptaron participar se les solicitó que firmaran el consentimiento informado para posteriormente entregarles una copia del mismo (Anexo 4).

### 7.1. NACIONALES

Este protocolo está basado en el reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación específicamente en los siguientes apartados.

Del título segundo, capítulo uno se consideraron los siguientes artículos:

Artículo 14, inciso V que señala que se deberá contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, por lo cual a cada persona que acepte participar en el estudio se le pedirá que firme el formato de consentimiento informado y se le entregará una copia del mismo.

Artículo 16: en las investigaciones en seres humanos se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. La difusión de resultados de la investigación es de forma agrupada y en ningún caso se revela la identidad de las personas.

Artículo 17, párrafo II: esta investigación es considerada sin riesgo, porque se aplicará solamente un instrumento de correlación de información.

Artículo 18: se suspenderá la investigación de inmediato si se presenta algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quién se realice la investigación. También será suspendida cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 22: el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá de reunir todos los requisitos.

Del título segundo, capítulo tres se consideraron los siguientes artículos:

## 7.2. INTERNACIONALES

La investigación propuesta en este protocolo se ajusta a la Declaración de Helsinki refiriéndose al apartado I correspondiente a los principios básicos, que en sus numerales 2, 9 y 11 señalan respectivamente lo siguiente:

2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental o no experimental, que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental

9. En toda investigación con personas, cada participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas que son libres de no participar o de revocar en cualquier momento su consentimiento a la participación.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona.

## 8. RECURSOS

### 8.1. HUMANOS

- Investigador principal: Dra. Silvia Erika González Reséndez.
- Asesor Metodológico y Clínico: Dra. Dora María Becerra López.
- Asesor Estadístico: Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez.
- Pacientes que acuden al servicio de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de septiembre-noviembre 2019.

### 8.2. MATERIALES Y FINANCIEROS

Los materiales que se utilizaron en la investigación se encuentran en la tabla número 2, el material utilizado durante la investigación fue financiado por el investigador principal.

Tabla 2. Material que fue utilizado durante la investigación.

RECURSOS MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO NETO
Paquete de hojas blancas (BOO hojas)	4 paquetes	\$150.00	\$600.00
Lapicero de tinta azul (12 piezas)	1 caja	\$36.00	\$36.00
Impresora laser jet M102W	1 pieza	\$1,500.00	\$1,500.00
Tabla de apoyo de readera con clip	1 piezas	\$30.00	\$30.00
Computadora Lap top	1 pieza	\$7,000.00	\$7,000.00
Foliadora	1 pieza	\$400.00	\$400.00
		TOTAL	\$9,566.00

## 9. RESULTADOS

En esta parte se encuentran los hallazgos del estudio acerca de los resultados de la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con neoplasia Intraepitelial cervical 1 y 2 de usuarias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P. Inicialmente se describen los aspectos socio-demográficos de las participantes a fin de caracterizar a la población de estudio.

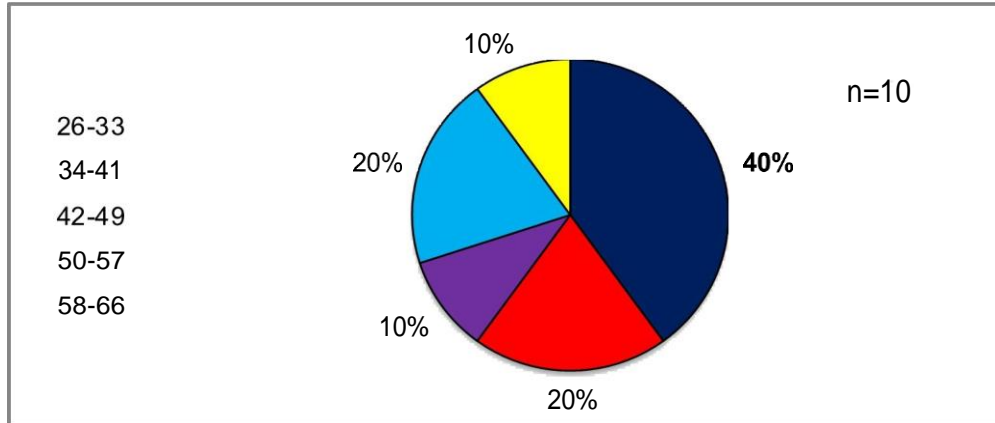
Los resultados corresponden a 10 pacientes que se diagnosticaron en el periodo septiembre a noviembre del año en curso, diagnosticadas con distintos grados de NIC por resultado histopatológico que fueron atendidas en la clínica de displasias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 de San Luis Potosí, S.L.P.

### 9.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### 9.1.1 Edad

El promedio de edad de las pacientes es de 34 años con un rango de 27 a 59 años, lo cual muestra el gran rango de edades a las que se puede encontrar lesión de cualquier grado. El 40% de las mujeres participantes en la investigación tienen entre 26 y 33 años (gráfico 1).

Grafica 1. Rangos de edad de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019

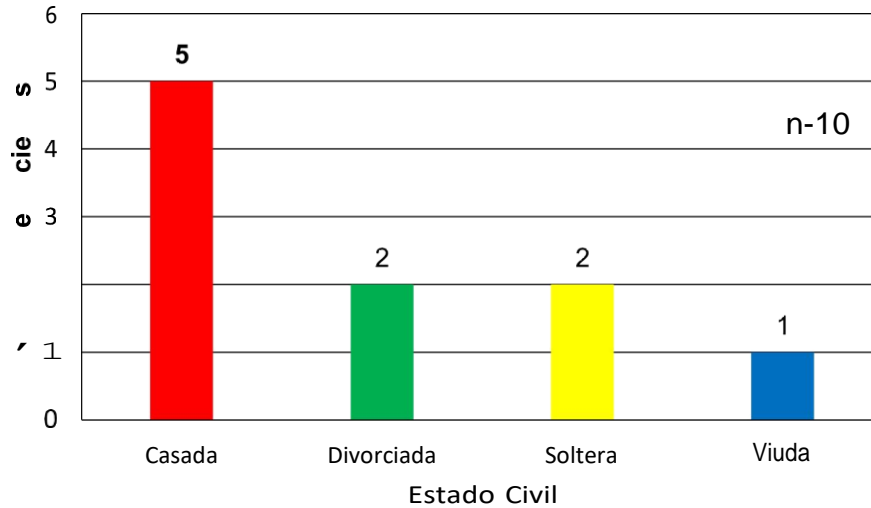


Fuente: Directa.

#### 9.1.2. Estado civil

En cuanto al estado civil, se encontró que el 50% de las participantes están casadas, 20% se encuentran divorciadas, 20% están solteras y el resto con 10% son viudas (grafica 2).

Grafica 2. Estado Civil de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019



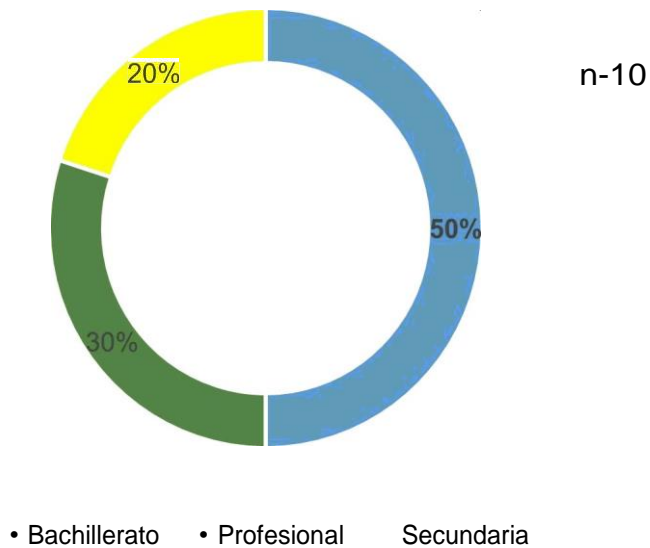
Fuente: Directa.

### 9.1.3 Escolaridad

Se encontró que el nivel académico de las 10 mujeres que participaron en esta investigación, en una mayor proporción se centró en aquellas con bachillerato terminado con 50%, con un grado profesional se encuentran el 30% y el 20% de las pacientes con la secundaria concluida. (gráfico 3).



Grafica 3. Grado de Escolaridad de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019

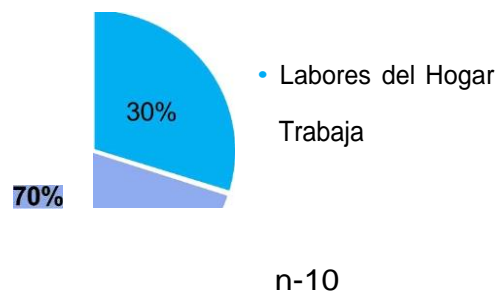


Fuente: Directa.

#### 9.1.4 Ocupación

Respecto a la ocupación de las participantes, el estudio muestra que la mayor proporción de estas mujeres se desempeñan en las labores del hogar con un 70% y solo una baja proporción se dedica a trabajar con un 30%.

Grafica 4. Ocupación de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019



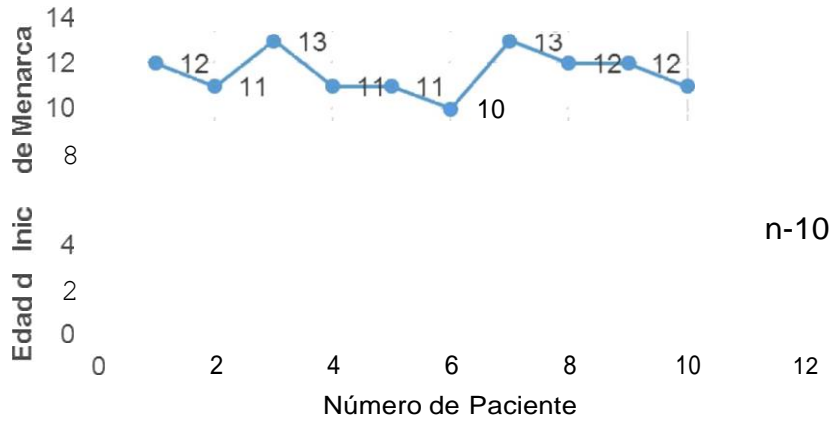
Fuente: Directa.

## 9.2 CO-FACTORES ASOCIADOS A NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

### 9.2.1 Inicio de Menarca

En cuanto al inicio de la menarca en las pacientes que participaron en el estudio, se puede observar en la gráfica 5, el 40% tuvo el inicio de menarca a los 11 años, el 30% inicio su menarca a los 12 años, el 20% con inicio de menarca a los 13 años y el 10% a los 10 años tuvo el inicio de menarca.

Grafica 5. Edad del inicio de la menarca de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019

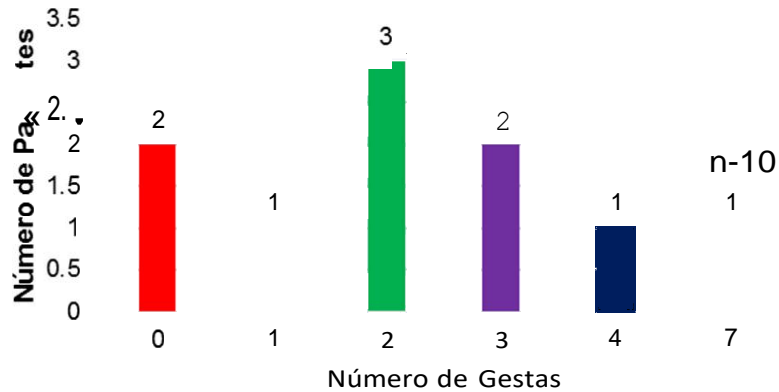


Fuente: Directa.

### 9.2.3 Número de Gestas

En cuanto al número de gestas en las pacientes que participaron en el estudio, se puede observar en la gráfica 6 que el 30% ha tenido dos embarazos, el 20% no ha tenido ninguna gesta en el transcurso de su vida, el 20% ha tenido tres embarazos en su vida, el 10% ha tenido una gesta durante el transcurso de su vida, el 10% ha tenido cuatro gestas en su vida y el 10% ha tenido siete embarazos.

Grafica 6. Número de Gestas de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019

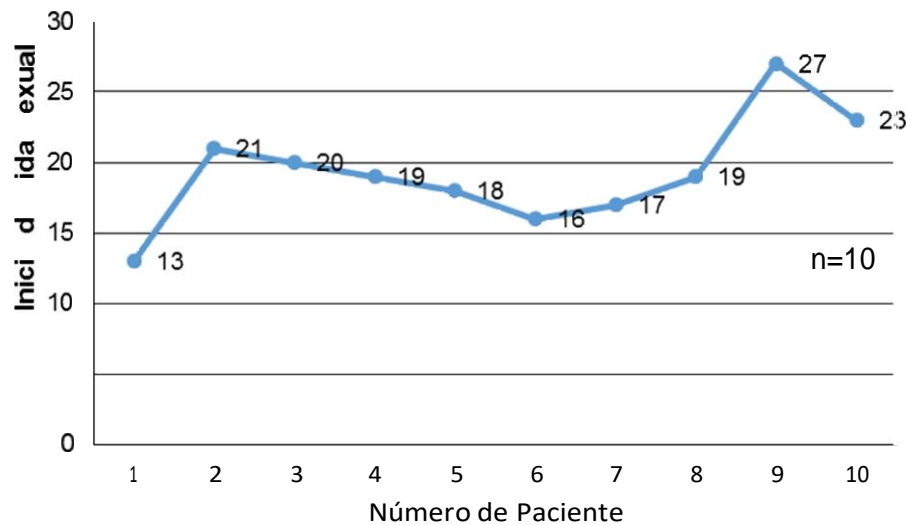


Fuente: Directa.

#### 9.2.4 Edad de Inicio de Vida Sexual

En cuanto al inicio de vida sexual de las pacientes que participaron en esta investigación, la edad promedio de las participantes fue de 19.3 años, con un rango de edad desde los 13 a los 27 años (grafica 7).

Grafica 7. Edad de Inicio de Vida Sexual de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019

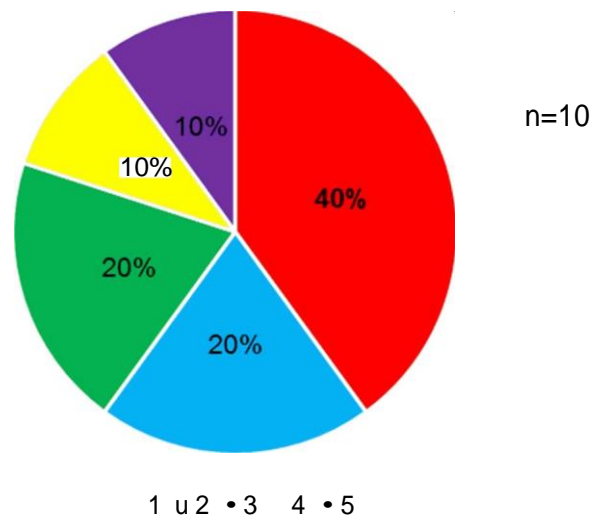


Fuente: Directa.

### 9.2.5 Número de Parejas Sexuales

En cuanto al número de parejas sexuales el 40% de las pacientes que participaron en este estudio han tenido una pareja sexual durante su vida, el 20% han tenido dos parejas sexuales, respecto a tres parejas sexuales tenemos el 20%, el 10% han tenido cuatro parejas sexuales y el 10% han tenido sin parejas sexuales en su vida (grafica 8).

Grafica 8 Número de parejas sexuales de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019

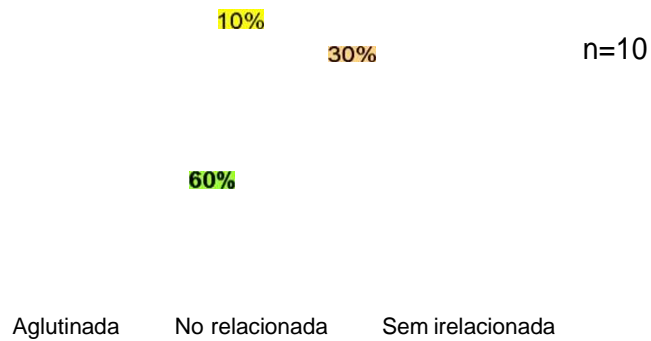


Fuente: Directa.

### 9.3 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO FACES III

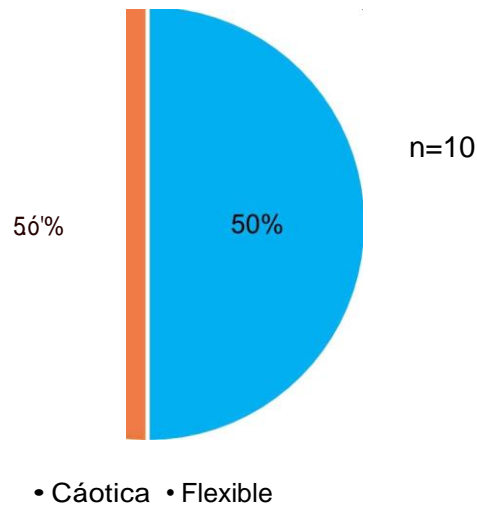
La escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) evalúa la cohesión y la flexibilidad familiar. En lo que respecta a la cohesión familiar en las pacientes que participaron en la investigación se obtuvo que el 60% de ellas es no relacionada, el 30% el grado de cohesión es aglutinada y solo el 10% es semirelacionada (grafica 9).

Grafica 9. Nivel de cohesión familiar de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019



Fuente: Directa.

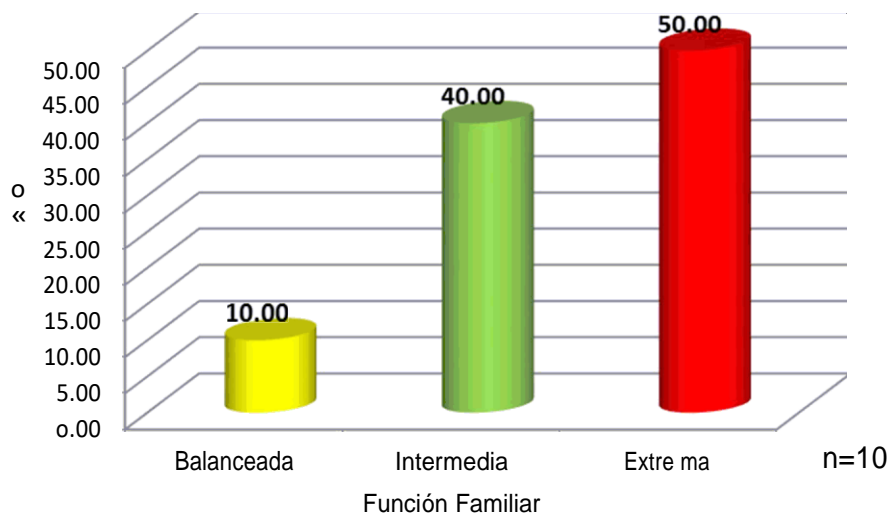
Grafica 10. Nivel de adaptabilidad familiar de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019



Fuente: Directa.

En cuanto a la adaptabilidad familiar para las mujeres que participaron en este estudio se encontró que el 50% de ellas la adaptabilidad familiar era caótica mientras que el 50% restante corresponde a una adaptabilidad flexible (gráfica 10).

Grafica 11 Distribución porcentual de la función familiar de las pacientes participantes en el estudio que acudió a la clínica de displasias del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en el periodo septiembre- noviembre de 2019



Fuente: Directa.

Para la función familiar de acuerdo a la clasificación del instrumento FACES III se encontró que el 50% presentó función extrema, el 40% de las pacientes tienen una función familiar intermedia y el 10% de las participantes en el estudio tienen una función familiar balanceada (gráfica 11).

## 10. DISCUSIÓN

A pesar de los esfuerzos de los programas de detección temprana del CaCu, por diversas razones estas campañas en nuestro país no han sido muy eficaces y esta patología sigue siendo un importante problema de salud pública al ser la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres mexicanas. Es por lo anterior que también es de suma importancia conocer la cohesión y adaptabilidad familiar que tienen las pacientes recién diagnosticadas con algún tipo de NIC.

Determinar la Cohesión y Adaptabilidad Familiar en pacientes Con Neoplasia Intraepitelial Cervical I y II usuarias del Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P.

El 40<sup>0</sup> de la población de este estudio tiene 33 años o menos, que indica que las mujeres de San Luis Potosí atendidas en el Hospital General de Zona No.1 están presentando NIC a edades tempranas. Lo anterior coincide con lo publicado por Rosales Ortiño y col. (2003) en un trabajo previamente realizado en San Luis Potosí en donde encontraron que el grupo de edad donde predominan las infecciones por VPH que evolucionan hacia NIC está en el rango de edad menor a los 35 años<sup>78</sup> Lo anterior se refuerza con el estudio realizado por López y Lizano (2006) donde menciona que una infección de VPH es más frecuente entre los 18 y 30 años<sup>79</sup>

El estado civil de las pacientes en esta investigación es 50% para las que están casadas, un estudio realizado por Romero y Rojas (2012) encontraron que el 55% de las mujeres que participaron en su estudio eran casadas y lo consideran como un factor protector tomando en cuenta que la actividad sexual era limitada con su pareja. Aunque por otro lado se ha reportado que la constante presencia de espermatozoides los cuales actúan como cuerpos extraños y provocan procesos inflamatorios, tienen la capacidad de modular infecciones por VPH hacia una NIC a largo plazo<sup>25</sup> Sin embargo, el adquirir una IVPH que evolucione hacia una NIC depende del comportamiento sexual de la mujer así como su vida sexual y la de



su compañero sexual y se resalta el hecho de que el estar casadas no asegura totalmente su estabilidad sexual<sup>80</sup>

Algunos estratos sociales están determinados por la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores mantiene grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar por esta causa. El 50% de nuestra población cursaron solamente el bachillerato, Tirado y col. (2005) en su estudio sugieren que niveles bajos de escolaridad y socioeconómicos, impiden la detección oportuna de la enfermedad, esto aumenta el riesgo de contraer una IVPH y su progresión hacia NIC <sup>1</sup>

Aunque datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica dicen que aunque las mujeres tengan el conocimiento acerca de los factores de riesgo para desarrollar CaCu así como de métodos anticonceptivos solo el 10.3% de mujeres entre 15 y 19 años utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación, lo que indica que aunque se tenga cierto nivel de estudios no significa que se apliquen los conocimientos <sup>2</sup>

La ocupación para la población en estudio fue de 70% para las mujeres que se dedican a las labores del hogar, lo que concuerda con un estudio realizado por Romero y Rojas (2012) en el cual el 43% de la población en su estudio se dedica a las labores del hogar <sup>2</sup>. Los datos de este estudio concuerdan también con los encontrados por González- Rangel y col. (2018) en donde el 40.90% de las mujeres que participaron fueron amas de casa, lo cual los pone en un sector de riesgo para el desarrollo de neoplasias <sup>83</sup>

Referente a los factores de riesgo que se han asociado al desarrollo de NIC se ha estudiado la menarquía precoz la cual se considera en pacientes que hayan tenido su primera menstruación antes de los 12 años de acuerdo a lo publicado Cabrera y col. (2016). En nuestra investigación el 80% de las pacientes participantes tuvieron su primera menstruación <12 años, lo cual se considera una menarquía precoz. Esto se influye por factores genéticos y ambientales, también juegan un factor

especialmente lo nutricional y psicológico <sup>4</sup> Benia y Tellechia (2000) en su estudio en su estudio el 12. <sup>00</sup> tuvo una menarquía precoz <sup>3</sup>.

Otro factor de riesgo que se ha estudiado es el número de gestas en las pacientes, en esta investigación el 70% tienen más de dos hijos lo cual se ha considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de NIC y CaCu, esto con cuerda con lo publicado por García y col. (2016) en que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; después de tener cuatro hijos el riesgo se triplica , con siete se cuadruplica y con doce aumenta significativamente. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios<sup>22</sup>.

Para la edad de inicio de vida sexual se obtuvo un 70% de las mujeres que iniciaron su vida sexual <20 años desarrollaron algún tipo de NIC en esta investigación, un estudio realizado por Baltazar y col (2008) argumente que las mujeres que inician su vida sexual antes de los 20 años son más susceptibles a contraer una infección por VPH y su posterior evolución a CaCu, otro estudio por Ortiz y col (2004) nos dice que los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos así como la aparición de múltiples parejas sexuales con el consiguiente riesgo de estar más tiempo expuestas a contraer infección por VPH

3987

Para el número de parejas sexuales el 60% de las participantes en esta investigación tuvieron más de dos parejas sexuales y se ha visto que existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esto coincide con lo publicado por Gallegos y col. (2019) en donde las mujeres con más de tres parejas presentaron 1.62 veces más riesgo de desarrollar algún tipo de neoplasia que evoluciona a CaCu

La tipología familiar más frecuente encontrada en este estudio el 60% de las pacientes con NIC son no relacionadas, esto difiere un poco a lo reportado por García y col. (2009) en donde el 3.3% eran familias no relacionadas. Lo anterior se puede deber a que en las familias de las pacientes casi nunca se toma una decisión cuando están todos los miembros de la familia, casi no se planean actividades en donde participa la familia.<sup>39</sup> Aunque son pocas las investigaciones en donde se ha utilizado este instrumento para valorar este aspecto en paciente con diferentes grados de NIC, esto resalta la importancia de este trabajo.

En cuanto a la adaptabilidad familiar en este estudio se encontró que el 50% son familias caóticas y el 50% son familias flexibles, esto con cuerda con lo reportado por García y col (200) en donde el 54.43% de las familias tenían una adaptabilidad caótica, Lo anterior se puede deber a que en las familias de las pacientes casi nunca se toma en cuenta la sugerencia de los hijos para resolver problemas, son familias donde las reglas casi nunca cambian. En la literatura consultada son pocos los estudios en donde se utiliza este instrumento.

Para esta investigación la funcionalidad familiar fue en el 50% de las participantes en este estudio extrema, esto con cuerda con lo reportado por García y col. (2009) en donde en su estudio el 58% corresponde a la tipología de una familia extrema. En el estudio de López y col. (2018) también nos dice que en pacientes con cáncer de mama el 58.8% de las familias de las pacientes presentan una tipología extrema, lo anterior quizá puede deberse a que el impacto que la enfermedad produce en las familias, desestabiliza el núcleo y ocasiona cambios en la dinámica familiar.

En México y en San Luis Potosí, son pocas las investigaciones en donde se utiliza el instrumento FACES III para medir adaptabilidad familiar ante estas enfermedades catastróficas, por ello nuestro estudio sienta las bases para las futuras investigaciones que se realice.

## 11. CONCLUSIONES

- La cohesión familiar en las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical I y II del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 fue no relacionada.
- La adaptabilidad familiar en las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical I y II del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 fue caótica y flexible.
- La mayoría de las familias de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical I y II del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 están en funcionalidad extrema.

## 12. LIMITANTES

- En esta investigación se considera que no hubo ninguna limitante.

### 13. PERSPECTIVAS

- Ampliar el tamaño de la muestra en futuras investigaciones para tener una población más representativa.
- Incluir a pacientes con Cáncer Cervicouterino para conocer el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrera Jácome, P. A.; Salazar Vacas, M. X.; Rojas Dávila, C. L., Validación del “sistema de estratificación de riesgo de recurrencia de cáncer diferenciado de tiroides” como predictor de recurrencia en pacientes tiroidectomizados en el Hospital Solón Espinosa Ayala de la ciudad de Quito de enero 2000 a Diciembre 2009. 2012.
2. Bray, F.; Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Siegel, R. L.; Torre, L. A.; Jemal, A., Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians* 2018, 68 (6), 394-424.
3. de Prevención, S.; a la Salud, P., Programa de acción específico 2007-2012 cáncer cervicouterino. *México. Secretaría de Salud* 2008.
4. Murillo, R.; Almonte, M.; Pereira, A.; Ferrer, E.; Gamboa, O. A.; Jerónimo, J., Lazcano-Ponce, E., Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008, 26, L37-L48.
5. Sánchez-Román, F. R.; Carlos-Rivera, F. d. J.; Guzmán-Caniupan, J. A.; Escudero-de los Ríos, P.; Juárez-Pérez, C. A.; Aguilar-Madrid, G., Costos de atención médica por cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2012, 50 (1).
6. Cortés-Funes, F.; Bueno, J. P.; Narváez, A.; García-Valverde, A.; Guerrero-Gutiérrez, L., Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. *Psicooncología* 2012, 9 (2/3), 335.
7. Schmidt, V.; Barreyro, J. P.; Maglio, A. L., Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III:¿ Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología (Internet)* 2010, 3 (2), 30-36.
8. Castro-Vásquez, M. d. C.; Arellano-Gálvez, M. d. C., Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *salud pública de México* 2010, 52, 207-212.

9. Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Dikshit, R.; Eser, S.; Mathers, C.; Rebelo, M.; Parkin, D. M.; Forman, D.; Bray, F., Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer* 2015, 136 (5), E359-E386.
10. Luciani, S.; Andrus, J. K., A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. *Reproductive health matters* 2008, 16 (32), 59-66.
11. Jhingran, A.; Russel, A. H.; Seiden, M. V.; Duska, L. R.; Goodman, A. K.; Fuller Jr, A. F., Cancers of the cervix, vagina and vulva. *Abeloff MD, Armitage JO, Lichter AS, et al. Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, Pa* 2008, 1745-1765.
12. Bosch, F. X.; Lorincz, A.; Muñoz, N.; Meijer, C.; Shah, K. V., The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of clinical pathology* 2002, 55 (4), 244-265.
13. Edward, S. P.; Pondichery, G.; Satyaswaroop, R. M., Hormonal interaction in gynecologic malignancies. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology* 2000, 3, 199-224.
14. Tatti, S.; Fleider, L. A.; Tinnirello, M. A., Colposcopia y patologías del tracto genital inferior. *Panamericana. Argentina* 2008, 57-87.
15. De Villiers, E.-M.; Fauquet, C.; Broker, T. R.; Bernard, H.-U.; Zur Hausen, H., Classification of papillomaviruses. *Virology* 2004, 324 (1), 17-27.
16. Stanley, M., Immunobiology of HPV and HPV vaccines. *Gynecologic oncology* 2008, 109 (2), S15-S21.
17. Satinder, K.; Chander, S. R.; Pushpinder, K.; Indu, G.; Veena, J., Cyclin D1 (G870A) polymorphism and risk of cervix cancer: a case control study in north Indian population. *Molecular and cellular biochemistry* 2008, 315 (1-2), 151.



18. Haverkos, H. W., Multifactorial etiology of cervical cancer: a hypothesis. *Medscape general medicine* 2005, 7 (4), 57.
19. Magnusson, P. K. E.; Lichtenstein, P.; Gyllenstein, U. B., Heritability of cervical tumours. *International journal of cancer* 2000, 88 (5), 698-701.
20. Hemminki, K.; Dong, C.; Vaittinen, P., Familial risks in cervical cancer: is there a hereditary component? *International journal of cancer* 1999, 82 (6), 775-781.
21. King, M.-C.; Marks, J. H.; Mandell, J. B., Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science* 2003, 302 (5645), 643-646.
22. Torres Lobatón, A.; Bustamante Iglesias, J. 1.; Torres Rojo, A.; Posada, O.; Carlos, J.; Morales Palomares, M. Á.; Bassaure, E. R., Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. Seguro Popular. *Ginecología y Obstetricia de México* 2013, 81 (2).
23. Becker, T. M.; Wheeler, C. M.; McGough, N. S.; Stidley, C. A.; Parmenter, C. A.; Dorin, M. H.; Jordan, S. W., Contraceptive and reproductive risks for cervical dysplasia in southwestern Hispanic and non-Hispanic white women. *International journal of epidemiology* 1994, 23 (5), 913-922.
24. Sierra Torres, C. H.; Acosta Aragón, M. P.; Orejuela Aristizabal, L., Papilomavirus y factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en Cauca, Colombia. *Revista de Salud Pública* 2006, 8, 47-58.
25. Romero Ledezma, K. P.; Rojas Guardia, J., Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. *Revista Científica Ciencia Médica* 2012, 15 (1), 18-21.
26. Álvarez Díaz, R.; Giles Fierro, R., Evaluación del conocimiento acerca de la infección del virus del papiloma humano, cáncer cervicouterino y colposcopia en mujeres que acuden al hospital materno infantil del ISSEMYM, en el periodo comprendido del 1 de noviembre de 2013 al 31 de diciembre de 2013. 2014.

27. Deacon, J. M.; Evans, C. D.; Yule, R.; Desai, M.; Binns, W.; Taylor, C.; Peto, J., Sexual behaviour and smoking as determinants of cervical HPV infection and of CIN3 among those infected: a case—control study nested within the Manchester cohort. *British journal of cancer* 2000, 83 (11), 1565.
28. Sedjo, R. L.; Roe, D. J.; Abrahamsen, M.; Harris, R. B.; Craft, N.; Baldwin, S.; Giuliano, A. R., Vitamin A, carotenoids, and risk of persistent oncogenic human papillomavirus infection. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers* 2002, 11 (9), 876-884.
29. Shannon, J.; Thomas, D. B.; Ray, R. M.; Kestin, M.; Koetsawang, A., Koetsawang, S.; Chitnarong, K.; Kiviat, N.; Kuypers, J., Dietary risk factors for invasive and in-situ cervical carcinomas in Bangkok, Thailand. *Cancer Causes & Control* 2002, 13(8), 691-699.
30. Fernández, C. C.; Delgado, U. J., La carga del cáncer cervico-uterino y de la infección por virus del papiloma humano en México y en el mundo. *Ginecol Obstet México* 2011, 79 (12), 788-93.
31. Ferrá Torres, T. M.; Estrada Abreu, D. R.; Bermejo Bencomo, W., Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 2009, 13 (2), 0-0.
32. León Cruz, G.; Bosques Diego, O.; Silveira Pablos, M., Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2004, 30 (3), 0-0.
33. Castañeda-Iñiguez, M. S.; Toledo-Cisneros, R.; Aguilera-Delgadillo, M., Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud pública de México* 1998, 40, 330-338.
34. Svare, E. 1.; Kjaer, S. K.; Worm, A. M.; Bsterlind, A.; Meijer, C.; Van den Brule, A.J. C., Risk factors for genital HPV DNA in men resemble those found in women: a

study of male attendees at a Danish STD clinic. *Sexually transmitted infections* 2002, 78 (3), 215-218.

35. Baldwin, S. B.; Wallace, D. R.; Papenfuss, M. R.; Abrahamsen, M.; Vaught, L. C.; Giuliano, A. R., Condom use and other factors affecting penile human papillomavirus detection in men attending a sexually transmitted disease clinic. *Sexually transmitted diseases* 2004, 31 (10), 601-607.

36. Castellsagué, X.; Bosch, F. X.; Muñoz, N.; Meijer, C. J. L. M.; Shah, K. V.; De Sanjosé, S.; Eluf-Neto, J.; Ngelangel, C. A.; Chichareon, S.; Smith, J. S., Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *New England journal of medicine* 2002, 346 (15), 1105-1112.

37. Weaver, B. A.; Feng, Q.; Holmes, K. K.; Kiviat, N.; Lee, S.-K.; Meyer, C., Stern, M.; Koutsky, L. A., Evaluation of genital sites and sampling techniques for detection of human papillomavirus DNA in men. *The Journal of infectious diseases* 2004, 189 (4), 677-685.

38. Shin, H.-R.; Franceschi, S.; Vaccarella, S.; Roh, J.-W.; Ju, Y.-H.; Oh, J.-K.; Kong, H.-J.; Rha, S.-H.; Jung, S., II; Jung-li, K., Prevalence and determinants of genital infection with papillomavirus, in female and male university students in Busan, South Korea. *Journal of Infectious Diseases* 2004, 190 (3), 468-476.

39. Serrano, R. O.; Pérez, C.J. U.; Martínez, L.A. D.; Romero, Y. R. D., Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología* 2004, 55 (2), 146-160.

40. Hanon, H. B., Impacto y Prevalencia de los Factores de Riesgo en Cáncer Cervicouterino (Ca Cu). *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior* 2010, 2 (2), 5-9.

41. Hernández, R. A.; Carrillo, L. M.; Fuentes, H. M.; Sandoval López, J. G.; Rosas, M. P.; Silva, V. G.; Martínez, A. J., Factores relacionados con el cáncer

cervicouterino en el estado de Nayarit, México. *Ginecología y Obstetricia de Mexico* 2007, 75 (6).

42. Amaro Hernández, F.; Polo Cardoso, K.; Mendoza del Pino, M.; Pi Pareta, L., Cardoso Nuñez, O., Comportamiento de algunos factores de riesgos asociados a la aparición del cáncer cervicouterino en un área de salud. *Revista Archivo Médico de Camagúey* 2003, 7 (6), 690-697.

43. Corral, F.; Cueva, P.; Yepez, J.; Montes, E., La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. 1996.

44. Rodríguez Salvá, A.; Echavarría Aguilera, Á. A.; Murlá Alonso, P.; Vázquez González, C., Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 1999, 37 (1), 40-46.

45. Durán Cala, M. I., Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clinicoepidemiológicos en un área de salud.

46. Ghilardi, G.; Biondi, M. L.; Erario, M.; Guagnellini, E.; Scorza, R., Colorectal carcinoma susceptibility and metastases are associated with matrix metalloproteinase-7 promoter polymorphisms. *Clinical chemistry* 2003, 49 (11), 1940-1942.

47. Monge, T. S.; Sánchez, E. L., Obesidad y cáncer: un enfoque epidemiológico. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 2009, 66 (587), 27-32.

48. LÓPEZ-Cabrera, A.; Álvarez-Mondaca, J. R.; Murillo-Llanes, J., Cáncer Cervicouterino, Epidemiología y su Relación con los Factores de Riesgo.

49. Goddard, M.; Smith, P., Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine* 2001, 53 (9), 1149-1162.

50. Macgregor, J. E.; Campbello, M. K.; Mann, E.M. F.; Swanson, K. Y., Screening for cervical intraepithelial neoplasia in north east Scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomitant rise in preinvasive disease. *Bmj* 1994, 308 (6941), 1407-1411.

51. Hidalgo-Martínez, A. C., El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomédica* 2006, 17(1).
52. Sarduy Nápoles, M. R., Neoplasia Intraepitelial Cervical: preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2008, 34 (2), 0-0.
53. Agüero, A.; Castillo, K.; González Blanco, M., Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 2012, 72 (2), 89-102.
54. Medina-Villaseñor, E.; Oliver-Parra, P.; Neyra-Ortiz, E.; Pérez-Castro, J.; Sánchez-Orozco, J.; Contreras-González, N., Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico patológicas. *GAMO* 2014, 13 (1), 12-25.
55. Olson, D. H., Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Family process* 1986, 25 (3), 337-351.
56. Fernández Ortega, M. Á., El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina* 2009, 47 (006).
57. Ruvalcaba Rodríguez, R., Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1. del IMSS Delegación Aguascalientes. 2016.
58. Jaramillo-Sánchez, R.; Espinosa-de Santillana, 1.; Espíndola-Jaramillo, 1. A., Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2012, 50 (5), 487-492.
59. García Leetch, E., Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino y factores asociados. 2009.
60. Morales Arteaga, A.; Paniagua Cortez, M., Funcionalidad familiar en mujeres con infección del virus del papiloma humano en la unidad de medicina familiar No 92 del IMSS del periodo de 1 de marzo del 2012 a 30 de Junio del 2012. 2014.

61. International Agency for Research on, C., GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012.
62. Sedatu, C., INEGI.(2018). *Delimitación de las zonas metropolitanas de México 2015* 2015.
63. Sánchez, A. A.; Grimaldo, J. F.; Alarcón, C.E. S., Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 2009, 52 (2), 69-72.
64. Bosch, F. X.; Muñoz, N., The viral etiology of cervical cancer. *Virus research* 2002, 89 (2), 183-190.
65. Chavaro, N.; Arroyo, G.; Alcázar, L. F.; Muruchi, G.G. W.; Pérez, Z. 1., Cáncer cervicouterino. *Anales de radiología Mexico* 2009, 1, 61-79.
66. Zaldívar, D., Funcionamiento familiar saludable. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2007, 2J (2), 131-137.
67. Hann, D.; Baker, F.; Denniston, M.; Gesme, D.; Reding, D.; Flynn, T., Kennedy, J.; Kieltyka, R. L., The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of psychosomatic research* 2002, 52 (5), 279-283.
68. Frenk, J.; Sepúlveda, J.; Gómez-Dantés, O.; Knaul, F., Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *The Lancet* 2003, 362 (9396), 1667-1671.
69. Mohar-Betancourt, A.; Reynoso-Noverón, N.; Armas-Texta, D.; Gutiérrez-Delgado, C.; Torres-Domínguez, J. A., Cancer Trends in Mexico: Essential Data for the Creation and Follow-Up of Public Policies. *Journal of g/oba/ onco/ogy* 2017, 3 (6), 740-748.
70. Knaul, F. M.; Arreola-Ornelas, H.; Méndez-Carniado, O.; Bryson-Cahn, C.; Barofsky, J.; Maguire, R.; Miranda, M.; Sesma, S., Evidence is good for your health

system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 2006, 368 (9549), 1828-1841.

71. International Agency for Research on, C.; World Health, O., Cervical cancer: estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. *Archived at: <http://www.webcitation.org/6zIbaJC1q>* 2015.

72. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis, C., Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. *Journal of Clinical Oncology* 2008, 26 (35), 5802.

73. Atun, R.; Jaffray, D. A.; Barton, M. B.; Bray, F.; Baumann, M.; Vikram, B., Hanna, T. P.; Knaul, F. M.; Lievens, Y.; Lui, T. Y. M., Expanding global access to radiotherapy. *The Lancet Oncology* 2015, 16 (10), 1153-1186.

74. Arellano Gálvez, M. d. C.; Castro Vásquez, M. d. C., El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)* 2013, 21 (42), 259-278.

75. Snyder, K. A.; Pearse, W., Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology* 2010, 28 (4), 413-431.

76. Baider, L., Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International journal of clinical and Health Psychology* 2003, 3 (3), 505-520.

77. Castro Vásquez, M. d. C.; Arellano Gálvez, M. d. C., Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. *La ventana. Revista de estudios de género* 2014, 5 (39), 208-240.

78. Rosales-Ortuño, L.; Rodríguez-Nieto, M. T.; López-Revilla, R. In *An outbreak of cervical cancer in San Luis Potosí, Mexico*, 2003; pp 341-344.

79. López, A.; Lizano, M., Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. *Cancerologia* 2006, 1 (1), 31-55.
80. González, D. R.; Pérez Piñero, J.; Sarduy Nápoles, M., Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2014, 40 (2), 218-232.
81. Tirado-Gómez, L. L.; Mohar-Betancourt, A.; López-Cervantes, M.; García-Carrancá, A.; Franco-Marina, F.; Borges, G., Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *salud pública de méxico* 2005, 47 (5), 342-350.
82. Inegi, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). Instituto Nacional de Estadística y Geografía <sup>a</sup> eAguascalientes Aguascalientes: 2014.
83. González Rangel, M. A.; Mejía Miranda, N.; Martínez Ángeles, J., Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en mujeres de 15 a 49 años en una unidad de medicina familiar. *Atención Mami/iar* 2017, 25 (1).
84. Cabrera Guerra, I. I.; Ortiz Sánchez, Y.; Suárez Gómez, Y. L.; Socarrás Rodríguez, R.; Vázquez Rosales, N., Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *Actu/ /imed* 2017, 20 (5), 110-128.
85. Benia, W.; Tellechea, G., Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo, 1997. *Rev Med L/ruguay* 2000, 16 (2), 325-333.
86. Garcia, L. B.; Osorio, P.A. L.; Castillo, R.A. L.; Custode, F.R. L., Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. *Archivos de Medicina (Col)* 2016, 16 (1), 109-117.
87. Baltazar-Rodriguez, L. M.; Anaya-Ventura, A.; Andrade-Soto, M.; Monrroy-Guizar, E. A.; Bautista-Lam, J. R.; Jonguitud-Olguin, G.; Cepeda-Lopez, F. R., Centeno-Aguilar, V. A.; Gonzalez-Hernandez, N. A.; Soriano-Hernández, A. D.,



Polymorphism in the matrix metalloproteinase-2 gene promoter is associated with cervical neoplasm risk in Mexican women. *Bioc/cervical genetics* 2008, 46 (3-4), 137-144.

88. Gallegos Toribio, R.; Fuentes Vargas, M. A.; Gonzales Menéndez, M.J. M., Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* 2019, 19 (2), 48-56.

## 15. ANEXOS

### ANEXO 1

#### 15.1. 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

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 1 Y 2 USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No.1. San Luis Potosí, S.L.P. Noviembre 2019 — Diciembre 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Las relaciones familiares son importantes como redes de apoyo en pacientes que tienen diferentes grados de displasias cervicales. El objetivo de esta investigación es identificar la funcionalidad familiar en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical grado 1 y 2.
Procedimientos:	Se aplicará el instrumento de recolección de datos FACES III
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo, ya que solamente se aplicará un cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se identificará el funcionamiento familiar que tienen las pacientes con NIC I y NIC II en San Luis Potosí, se realizará un análisis de los datos para la posible implementación de estrategias que permitan mejorar estas redes de apoyo en pacientes con distintos grados de NIC en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, 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. Al término del estudio se difundirán los resultados.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la 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 respeto a mi permanencia en el mismo.
Beneficios al término del estudio:	Incremento del conocimiento científico acerca del funcionamiento familiar y planificar nuevas estrategias que permitan mejorar estas redes de apoyo en pacientes con distintos grados de NIC

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

Investigador Responsable: Dra. Dora María Becerra López Correo electrónico:

CCJIEIb0FEIdOF.3S'

Dra. Silvia Erika González Reséndez Correo electrónico: [SiViEli3qF@hotmail.com](mailto:SiViEli3qF@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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor  
o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2  
15.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
No.1 ENCUESTA PARA RECOLECCION  
DE DATOS

Los datos que proporcione se mantendrán en forma confidencial por lo que se recomienda sean contestados con honestidad todas las preguntas marcando con una X la respuesta correcta o contestando en forma adecuada.

Folio \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

a) IDENTIFICACION Y DATOS GENERALES:

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Años de Matrimonio \_\_\_\_\_

1.- ¿A qué se dedica usted?

a).- Estudia

b).- Trabaja

c).- Labores del hogar

2.- ¿Cuál es su grado de estudio?

a).- Analfabeta

b).- Primaria incompleta

c).- Primaria

completa d).- Secundaria

e).- Bachillerato

f).-

Profesional.

3.- ¿Cuál es su estado civil?

a).- Soltera

b).- Casada

c).- Madre Soltera

d).- Divorciada

e).- Viuda

B).- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

Menarca \_\_\_\_\_ Gestas \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

Cesáreas \_\_\_\_\_ Número de parejas sexuales \_\_\_\_\_

Fecha de detección de NIC: \_\_\_\_\_

### FACES III

Responda las siguientes preguntas con algunos de los siguientes números según considere necesario

- 1) Nunca \_\_\_\_\_ 2) Casi Nunca \_\_\_\_\_ 3) Algunas Veces \_\_\_\_\_  
4) Casi Siempre \_\_\_\_\_ 5) Siempre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre

\_\_\_\_\_ En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos, para resolver los problemas.

\_\_\_\_\_ Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.

\_\_\_\_\_ Los hijos pueden opinar en cuanto a su

\_\_\_\_\_ Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.

\_\_\_\_\_ Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

\_\_\_\_\_ Nos sentimos más unidos nosotros que con personas que son de nuestra familia.

\_\_\_\_\_ Nuestra familia cambia el modo de hacer sus

\_\_\_\_\_ Nos gusta pasar el tiempo libre en

\_\_\_\_\_ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos.

\_\_\_\_\_ Nos sentimos muy

\_\_\_\_\_ En nuestra familia los hijos toman las decisiones.

\_\_\_\_\_ Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.

\_\_\_\_\_ En nuestra familia las reglas

\_\_\_\_\_ Con facilidad podemos planear actividades en

\_\_\_\_\_ Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

\_\_\_\_\_ Consultamos unos con otros para tomar decisiones.

\_\_\_\_\_ En nuestra familia es difícil identificar a quien tiene la autoridad.

\_\_\_\_\_ La unión Familiar es muy

-                    difícil        quien        hace        las        labores        del        hoga

## ANEXO 3

### 15.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1 Revisión de bibliografía											
2 Introducción											
3 Planteamiento del problema y justificación											
4 Marco teórico											
5 Hipotesis y objetivos											
6 Desarrollo del diseño metodológico											
7 Consideraciones éticas y legales											
8 Someter al comité de ética el protocolo											
9 Aplicación del instrumento											
10 Captura y descripción de datos											
11 Análisis y discusión de datos											
12 Elaboración del informe del proyecto											
13 Presentación del informe											

# ANEXO 4

## 5.4. DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

SIRELCIS

Página 1 de 1



### Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 24028  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

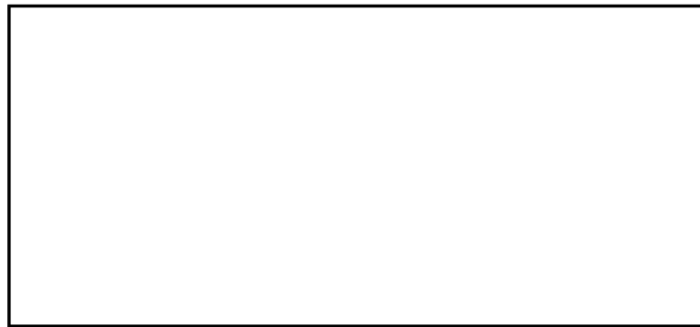
Registro COFEPRIS 17 CI 24 028 082  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 24 CEI 003 2018072

FECHA Miércoles, 14 de agosto de 2019

M.C. dora maria becerra lopez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL 1 Y 2 USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. que sometió a consideración para evaluación de este Comité 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 P R O B A D O**



IMSS  
SECRETARÍA DE SALUD