



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO 1  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TEMA**

**AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN  
MUJERES MASTECTOMIZADAS O HISTERECTOMIZADAS  
EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO.  
ALBERTA PEÑA LOZADA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ  
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS  
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
ASESOR CLÍNICO**

**DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR/EPIDEMIOLOGÍA  
ASESOR UNIVERSITARIO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD  
2011-2014**

## **POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

M.C. ESP JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS  
DE LA SALUD DE LA UAEH.

---

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA  
JEFE DEL AREA ACADEMICA DE MEDICINA DEL ICsA.

---

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ  
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

---

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN  
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESORA EN METODOLOGÍA  
DE LA INVESTIGACIÓN

---

DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR/EPIDEMIOLOGIA  
ASESOR UNIVERSITARIO

---

## **POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DRA. GRESS MARISSSEL GÓMEZ ARTEAGA  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

---

DRA. ELBA TORRES FLORES  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD  
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

---

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA  
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON MEDICINA FAMILIAR No1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

---

DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR

---

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ  
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS  
ASESOR METODOLÓGICO

---

DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
ASESOR CLÍNICO

---

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS**

*Por todas las bendiciones que me ha dado, por iluminar mi camino y darme fuerzas para levantarme seguir adelante a pesar de las adversidades y tropiezos.*

### **A MI PRINCESA SOFIA**

*Con todo el amor de mi corazón, por ser el motor que me impulsa día a día, que me alienta a no darme por vencida, por estar siempre para mí con su alegría inmensa, besos, abrazos y palabras de amor; por entender mis ausencias y no poder compartir momentos importantes de la vida con ella, somos un gran equipo (mamá e hija). Te amo.*

### **A MIS PADRES ALBERTO Y NICOLASA**

*Por darme la vida, por la educación que me otorgaron y hacerme gente bien, por apoyarme en todas las etapas de mi vida, por estar conmigo en todo momento y darme fortaleza. Por confiar en mí. Por sus palabras de aliento cuando pensaba que todo estaba perdido y ayudarme a levantarme y seguir adelante para ser mejor cada día.*

### **A MIS HERMANOS- Liliana, Yasmin, Yadira y Alberto**

*Por todo su apoyo y comprensión que me han brindado, por los momentos de felicidad vividos, y por su ayuda en situaciones difíciles y de tristeza, por tolerar mis locuras.*

### **A MI TIO LEOBARDO**

*Por toda la confianza que me brindaste tío, te quiero mucho, aunque ya no estas físicamente con nosotros te llevo siempre presente en mi mente y en mi corazón.*

### **A MIS COMPAÑEROS AMIGOS DE RESIDENCIA**

*Por compartir durante estos 3 años momentos inolvidables, por su apoyo y comprensión.*

## **AGRADECIMIENTO**

### **A MI FAMILIA**

*Por todo su apoyo y amor en cada etapa de mi vida.*

### **A MIS ASESORES**

**DR. MARIO LOPEZ CARBAJAL**

**DRA. GABRIELA GARCIA LAGUNA**

**DRA. ESTRELA E. PASTEN LOPEZ**

*Por su amabilidad, paciencia, disposición; y todo el apoyo brindado para la realización de esta tesis. Por compartirme sus conocimientos y experiencias médicas en mi formación profesional.*

### **DR. JOSE FRANCISCO DUARTE ANDRADE**

*Por su apoyo y confianza brindados en mi formación profesional.*

## INDICE

I	IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES	7
II	RESUMEN	8
III	MARCO TEORICO	9
IV	JUSTIFICACION	33
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
VI	OBJETIVOS	38
VII	HIPOTESIS	39
VIII	MATERIAL Y METODOS	40
	A. DISEÑO DEL ESTUDIO	40
	B. UNIVERSO DE ESTUDIO	40
	C. TAMAÑO DE MUESTRA	40
	D. CRITERIOS DE SELECCIÓN	42
	E. DEFINICION DE VARIABLES	43
IX	DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	45
X	ASPECTOS ETICOS	46
XI	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	46
XII	BIOSEGURIDAD	47
XIII	RESULTADOS	48
XIV	DISCUSION	73
XV	CONCLUSIONES	76
XVI	BIBLIOGRAFIA	77
XVII	ANEXOS	80
	XVII.1 CRONOGRAMA	81
	XVII.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
	XVII.3 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	83
	XVII.4 ESCALAS DE EVALUACION	84

## I. IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

### **ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ**  
**ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS**

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Pachuca Hidalgo.  
Dirección: Prolongación Av. Madero No. 405, Col. Nva. Francisco I. Madero  
Correo electrónico: [estrela.pasten@imss.gob.mx](mailto:estrela.pasten@imss.gob.mx)  
Teléfono: 77137833

### **ASESOR CLINICO**

**DRA. GABRIELA GARCIA LAGUNA**  
**ESPECIALISTA PSIQUIATRIA**

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Pachuca Hidalgo.  
Dirección: Prolongación Av. Madero No. 405, Col. Nva. Francisco I. Madero  
Correo electrónico [gabymozart1@yahoo.com.mx](mailto:gabymozart1@yahoo.com.mx)  
Teléfono: 77137833

### **ASESOR UNIVERSITARIO**

**DR. MARIO JOAQUIN LÓPEZ CARBAJAL**  
**MÉDICO FAMILIAR/ MÉDICO EPIDEMIÓLOGO**

Catedrático de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Dirección: Dr. Eliseo Ramírez Ulloa 400. Col. Doctores, Pachuca Hidalgo.  
Correo electrónico: [epiblasto@yahoo.com.mx](mailto:epiblasto@yahoo.com.mx)  
Teléfono: 771 1294614

### **TESISTA**

**DRA. ALBERTA PEÑA LOZADA**  
**MÉDICO CIRUJANO, RESIDENTE DE LA ESPECIALIDADE DE MEDICINA FAMILIAR**

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca Hidalgo.  
Dirección: Prolongación Av. Madero No. 405, Col. Nva. Francisco I. Madero  
Correo electrónico: [yo\\_betty@hotmail.com](mailto:yo_betty@hotmail.com)  
Teléfono: 771 37833

## II. RESUMEN:

**TITULO: “AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS O HISTERECTOMIZADAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”.**

La salud de la mujer se ha visto amenazada de manera constante por una diversidad de patologías tanto benignas como malignas, que afectan áreas del cuerpo consideradas como partes de la feminidad de la mujer. Lo cual genera en la mujer, cambios en la imagen corporal, aparición de sentimientos negativo, alteraciones en su autoestima y en su núcleo familiar. **OBJETIVO GENERAL:** Conocer la autoestima y la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas o histerectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, tipo encuesta de junio a septiembre 2013 en mujeres mayores de 20 años mastectomizadas o histerectomizadas atendidas en el HGZ UMF No.1 Pachuca Hidalgo. Los datos fueron obtenidos por un cuestionario auto complementado socio demográfico y dos escalas validadas: la escala de evaluación de autoestima de Rosenberg y la escala de evaluación del subsistema conyugal de Chávez y cols. El tamaño de muestra se calculó de acuerdo a información obtenida del SIAIS del HGZ UMF No 1 IMSS Pachuca, de procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo enero - diciembre 2012, Obteniendo a partir del cálculo de poblaciones finitas con muestreo estratificado, un tamaño de muestra de 148 pacientes, a evaluar 45 mastectomizadas y 103 histerectomizadas. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se aplicó estadística descriptiva e inferencial con análisis univariado, para conocer la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas o histerectomizadas en un hospital de segundo nivel. **INFRAESTRUCTURA:** HGZ UMF No. 1 IMSS. Pachuca, Hgo., en la unidad se cuenta con consultorios de Medicina Familiar, Oncología, ginecología, cirugía general, y área de hospitalización, donde se abordó a las pacientes a las cuales se aplicó el cuestionario. **EXPERIENCIA DE GRUPO:** se cuenta con el apoyo un médico familiar, médico de primer contacto, que ve al individuo como un todo inmerso en su grupo familiar y en la sociedad, y es capaz de detectar alteraciones emocionales secundarias a desordenes orgánicos. Por otro lado un médico psiquiatra, que en pacientes con alteraciones emocionales, como la autoestima, es capaz de enfrentarlo a él y a su familia a la realidad que están viviendo, ayudarlos a enfrentar y superar dicha situación. No se ha realizado ningún estudio similar en el HGZ UMF1. **TIEMPO A DESARROLLARSE:** De junio a septiembre 2013 **RESULTADOS:** Conforme a los criterios de calificación de la escala del subsistema conyugal de Víctor Chávez y Col., en mujeres histerectomizadas los resultados son: Pareja funcional 77.67%, moderadamente disfuncional 18.45 % y severamente disfuncional 3.88 %; en mujeres mastectomizadas pareja funcional 69 %, moderadamente disfuncional 20 % y severamente disfuncional 11 %. La disfuncionalidad conyugal es mayor en las mujeres mastectomizadas con resultado “significativo”  $P < 0.05$ . Conforme a los criterios de calificación con la escala de evaluación de la “Autoestima de Rosenberg” para mujeres histerectomizadas los resultados son: Autoestima baja 9.70 %, autoestima media 20.39% y autoestima elevada- normal 69.91%. Para mujeres mastectomizadas son: Autoestima baja 2.22 %, autoestima media 13.33% y autoestima elevada- normal 84.45%. La autoestima es mayor en las mujeres mastectomizadas con resultado “significativo  $P < 0.05$ . **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio en el aspecto conyugal las mujeres mastectomizadas tienen mayor problema, hasta el 31 % presenta algún grado de disfuncionalidad conyugal, no así en la autoestima, en que las mujeres histerectomizadas tienen más problema hasta un 30.09 % presenta alteración en su autoestima.

### III. MARCO TEORICO

#### FAMILIA

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado.

La familia es un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en sí mismo.

En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra “ familia” suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, en familia.

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo mayor peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tienen un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

La definición interaccional de la familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar. **(1)**

#### CARACTERÍSTICAS DE FAMILIA

De acuerdo a las características tipológicas las familias pueden parecer distintas o similares a otras

Las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales que comparten riesgos para la salud y enfermedad podrían resumirse así:

- Composición (nuclear, extensa o extensa compuesta),
- Desarrollo (arcaica, tradicional o moderna)
- Demografía (urbana, suburbana o rural)
- Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada).**(2)**

## **FUNCIONES DE LA FAMILIA**

Sauceda establece cinco funciones de la familia, las cuales agrupa en las siguientes variables y hace referencia a la pareja conyugal como foco principal de análisis:

- Función de comunicación
- Adjudicación y asunción de roles
- Función de satisfacción sexual
- Función afectiva
- Función de toma de decisiones

La familia está destinada a preservar, transmitir y determinar, rasgos, aptitudes, así como pautas de vida de sus miembros, una de las funciones generales de ésta será la conservación y transmisión de la cultura, así como protección de todos y cada uno de sus miembros ante peligros internos y externos. Dentro de las **funciones de la familia moderna** encontramos las siguientes:

- Cuidado
- Afecto
- Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad
- Socialización
- Estatus y nivel Social **(3)**

A través de subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones el subsistema familiar se diferencia y desempeñan sus funciones.

## **FAMILIA Y SUBSISTEMAS**

Los principales subsistemas en la estructura de una familia nuclear son:

- **Subsistema conyugal:** se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Comparten intereses, metas y objetivos. Las principales cualidades requeridas para implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales.

- **Subsistema paterno filial:** el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, al aparecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares. Satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal, no es simplemente asumir nuevos roles.

- **Subsistema fraterno:** constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir. **(4)**

## **CRISIS FAMILIARES Y DINAMICA FAMILIAR**

En el tránsito por el ciclo vital, la familia atraviesa acontecimientos denominados normativos o transitorios, que provocan que este desarrollo familiar oscile entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, imprescindibles para propiciar el desarrollo. La familia también afronta otros acontecimientos denominados para normativos o no transitorios, que son los que no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital, también llamados accidentales y que generan las crisis no transitorias o para normativas.

Estos momentos de la vida de la familia conocidos como crisis familiares son caracterizados por contradicciones internas, cambios y reajustes que pueden constituir momentos de riesgo para la salud familiar por ser acontecimientos potencialmente generadores de estrés.

Clavijo Portieles y Álvarez Sintés coinciden en considerar dentro de los principales acontecimientos propios del ciclo vital: matrimonio, mudarse solos, acople sexual, embarazo, primer parto, nacimiento de los hijos, escuela, adolescencia, becas, independencia del primero de los hijos, la involución, la jubilación, la senectud, la muerte del primer y segundo cónyuge, entre otros.

Como acontecimientos para normativos proponen: eventos de incremento (la incorporación de nuevas personas al núcleo familiar, la adopción, el regreso al hogar y reuniones ante situaciones de emergencia); eventos por desorganización (aquellos que perturban la armonía y el clima familiar como discusiones, contradicciones ideológicas, inapropiada distribución de roles, embarazo en la adolescencia, el intento suicida, o miembros con enfermedades psiquiátricas, retraso mental, enfermedades terminales, o infertilidad); eventos de desmoralización (conducta delincual, encarcelamiento, drogadicción, alcoholismo, infidelidad, prostitución) y eventos de desmembramiento (muerte prematura en hijos, divorcio, separación o abandono y hospitalización).

Las crisis no implican sólo la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer y superar las contradicciones. No son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios y del desarrollo. **(5)**

El impacto de los acontecimientos familiares, puede favorecer u obstaculizar la salud. La familia alcanzará la salud y el bienestar en la medida en que sea capaz de enfrentar de manera eficiente y adecuada los acontecimientos de la vida.

## **INSTRUMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA – SUBSISTEMA CONYUGAL**

Para poder evaluar la dinámica familiar existen una serie de instrumentos de Atención integral a la familia, entre los cuales se encuentra la escala de evaluación del subsistema conyugal.

En 1994 Chávez y Cols. Crearon la ESCALA DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL que de manera clara y sin perder de vista el entorno social, evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, este instrumento fue redactado en el idioma español y validado para la población mexicana, además de ser ampliamente utilizado como instrumento de evaluación del funcionamiento del subsistema conyugal por médicos familiares y en estudios de investigación, ya que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo: comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

La escala es auto aplicable y evalúa la función de comunicación a través de la forma en la que la pareja se comunica; es decir si los mensajes son claros, directos y congruentes. La adjudicación de roles es a través de la manera en que cada uno de los conyugues realiza sus funciones, sin son flexibles y pueden intercambiar entre sí. La satisfacción sexual se evalúa con la frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción sexual. Al interrogar sobre manifestaciones físicas de afecto, tiempo que empelan para convivir juntos se valora la función de afecto. También se interroga si la toma de decisiones es en forma conjunta.

La escala del subsistema conyugal propuesta por Chávez y col. En cada función se agrega un criterio cualitativo de evaluación a través de algunos indicadores, que sumando el puntaje total se califica como: 0-40 puntos pareja severamente disfuncional, 41- 70 puntos pareja con disfunción moderada, 71- 100 puntos pareja funcional. Esta escala de evaluación ha sido utilizada para evaluar la funcionalidad conyugal en investigadores sobre funcionamiento familiar y actualmente vigente como instrumento de evaluación del funcionamiento de la pareja por el médico familiar en el IMSS. **(6)**

## **ENFERMEDAD CRÓNICA Y MALIGNA EN LA FAMILIA**

Las enfermedades generan importantes cambios en el núcleo familiar especialmente cuando se vuelve crónica y ponen en peligro la vida un miembro familiar como lo es el cáncer. Al igual que aquellas patologías benignas que por sus tratamientos en especial los de resolución quirúrgica y extirpación de un órgano o parte del cuerpo producen cambios drásticos en la persona y en el núcleo familiar.

Día con día la salud de la mujer se ve afectada por una infinidad de enfermedades tanto benignas como malignas que alteran la dinámica cotidiana ya que por se ponen en riesgo su vida.

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2005 murieron 7.6 millones de personas, correspondiente al 13.6% de las muertes.

Actualmente tener cáncer no debe ser sinónimo de muerte, sino que debe verse como una enfermedad crónica potencialmente curable, existiendo una relación directa entre avances sanitarios. Por tratarse de una enfermedad crónica es un problema de Salud Pública mundial, regional y nacional que impone demandas al sistema sanitario, social y familiar. Genera un elevado costo en salud. **(7)**

Según el perfil epidemiológico de los tumores malignos en México en el año 2008 los tumores malignos ocuparon el tercer lugar en mortalidad después de enfermedades del corazón y diabetes mellitus. En Hidalgo en el año 2008 la mortalidad por tumores malignos fue de 1, 539 defunciones con una tasa de 63.9 por 100 000 habitantes. El IMSS ocupó el primer lugar como institución con mayor número de egresos y defunciones por tumores malignos.

En el año 2009 de acuerdo al panorama epidemiológico y estadístico de mortalidad en México los tumores malignos ocuparon el tercer lugar de la mortalidad en general con 68 454 defunciones con una tasa de 63.6 por 100 000 habitantes. En Hidalgo la mortalidad por tumores malignos ocupó el tercer lugar con 1 471 defunciones y una tasa de 60.7 por 100 000 habitantes.

Las enfermedades oncológicas en México significan pérdidas millonarias para los diversos institutos y sistemas de salud que brindan atención médica, debido a que en el país no existe una verdadera **cultura de prevención. (8)**

En específico, el cáncer de mama como el cáncer cervicouterino representan dos de las principales neoplasia femeninas que cobran cada año, millones de vidas en todo el mundo, siendo los países en desarrollo como México, uno de los más afectados. **(9).**

## **CÁNCER DE MAMA**

### **Definición**

Es considerado una enfermedad sistémica por la capacidad de metastizar, existe proliferación anormal, desordenada de las células del epitelio glandular mamario (conductos, lobulillos) y en menor frecuencia del estroma. **(10)**

## **Factores de riesgo**

Factores genéticos y antecedentes familiares, la edad y el género, las características físicas, la menarca temprana y la menopausia tardía, los anticonceptivos orales, el consumo de alcohol, los químicos, la radiación entre otros, son los factores de riesgo que mayormente se han asociado a cáncer de mama.

Los cambios en la conducta reproductiva y en los estilos de vida: la alimentación rica en grasas y carbohidratos, la inactividad física y el consiguiente sobrepeso, constituyen factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama.

## **Epidemiología**

El cáncer de mama, en el ámbito mundial, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer, con más de un millón de casos nuevos cada año, de los cuales aproximadamente la mitad ocurren en países desarrollados. Sin embargo, es en los países en desarrollo donde ocurre la mayoría de las muertes por esta causa. El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud, para su detección temprana, tratamiento y control. **(11)**.

El cáncer de mama es un problema de salud pública mundial y nacional. El cáncer de mama es el segundo padecimiento más frecuente en América Latina. **(12)**.

En México, a partir del año 2006, el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres mayores de 25 años.

En la última década, se observa que la tendencia es ascendente en todos los grupos de edad, con un incremento mayor en las mujeres mayores de 60 años, en comparación con las mujeres de 40 a 59 años. Se estima que la incidencia y la mortalidad seguirán aumentando de manera importante debido al envejecimiento poblacional, a los cambios en los patrones reproductivos, a una mayor prevalencia de los factores de riesgo y a los problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuados. **(13)**

El problema comienza a partir de los 25 años y se agrava con la edad, presentándose las tasas de mortalidad más altas de los 65 años en adelante.

En la población mexicana, alrededor de 25 mujeres son diagnosticadas de cáncer mamario diariamente. Este cáncer es más frecuentes en áreas urbanas que en rurales, los estados del norte del país son los que presentan las tasas más altas de mortalidad, tales como: Sonora, Chihuahua, Baja California Sur, Nuevo León y Aguascalientes.

Según el perfil epidemiológico de los tumores malignos en México en 2008. Se presentaron a nivel nacional 4839 defunciones por cáncer de mama en el sexo femenino con una tasa de 8.9% por 100 000 mujeres de 25 años y más, lo que lo ubico en primer lugar dentro del cáncer en la mujer. En Hidalgo se presentaron 75 defunciones por cáncer de mama, con una tasa de 11.4 por 100 000 mujeres de 25 años y más. **(14)**

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi 14 mujeres cada día.

### **Diagnóstico**

El cáncer de senos puede ser diagnosticado de varias maneras, incluyendo la autoexploración mamaria, la palpación del profesional médico, la mamografía o la ecografía mamaria, aunque el diagnostico solo podrá ser confirmado luego de realizar una biopsia:

### **Tratamiento**

En los últimos 50 años han avanzado mucho las técnicas terapéuticas para las pacientes con oncología mamaria, en este periodo surge la quimioterapia y se perfecciona la radioterapia, mientras se mejoran las técnicas para realizar mastectomías. **(15)**

De acuerdo al estadio clínico o a la etapa en que se encuentre el cáncer mamario, hoy en día existe una gran gama de tratamientos.

El tratamiento estándar implica realizar una cirugía y aplicar tratamientos coadyuvantes, como la quimioterapia, la radioterapia o la terapia hormonal con tamoxifeno. **(16)**

Supone una situación estresante, no solo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, el diagnostico tratamiento del cáncer de mama.

## **MASTECTOMIA E IMPACTO EMOCIONAL**

Entendemos por mastectomía a la resección quirúrgica parcial o total de la mama. De acuerdo a la cantidad de tejido extirpado existen diferentes modalidades. Los tres pilares para la elección de la modalidad a ser practicada son: el estadio del tumor, el criterio médico y, sobre todo, la elección de la paciente.

Entendiendo que las pacientes no son un aparato averiado que hay que arreglar para devolverlo a la sociedad, sino que estamos ante una persona y, como tal, realiza comportamientos que favorecen/entorpecen la curación, acepta/ rechaza

los tratamientos, decide/ se abstiene sobre las alternativas que se le prestan y hay que consultarle y pedirle su consentimiento. **(17)**

La cirugía conservadora, llamada tumorectomía, en la actualidad se ha impuesto en muchos casos, ya que hasta hace poco tiempo, el tratamiento más frecuente era la mastectomía (extirpación total de la mama). Han mejorado mucho los resultados clínicos en cuanto a imagen corporal y a sexualidad, con la opción de la tumorectomía, aunque no tanto en cuanto al ajuste psicológico o morbilidad.

El tratamiento quirúrgico de elección para el cáncer de mama en etapas iniciales es la terapia conservadora del órgano, que implica la tumorectomía más exploración de ganglios axilares y radioterapia adyuvante.

Por lo general, las mayores de sus preocupaciones de estas pacientes están relacionadas con la distorsión de su perfil somático, sexual, el posible comportamiento familiar sobre todo el relacionado con su pareja y limitaciones con sus compromisos sociales y laborales.

Además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos así como la amenaza que puede suponer para la vida, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal, ya que la glándula mamaria es uno de los exponentes de feminidad; y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva. **(18)**

En cánceres avanzados la terapia quirúrgica cuando se utiliza de inicio hace necesario por cuestiones técnicas la realización de mastectomía radical. **(19)**

Poniendo énfasis en la cosmesis y calidad de vida, sin demérito del control locorregional y la tasa de curación del mismo, el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama tiende a ser cada vez más conservador.

No cabe duda de que los cambios debidos al cáncer y sus tratamientos influyen negativamente en la imagen que las pacientes tienen de su propio cuerpo, provocando desórdenes afectivos, así como cambios en la vivencia de la sexualidad y en la autoestima.

Cabe destacar que existen diversos factores que median entre el impacto del cáncer de mama y de sus tratamientos, sobre el nivel de autoestima de las pacientes. La mayoría de estos factores se basan en la edad de la paciente, en su funcionamiento pre mórbido, en el estadio de evolución de la enfermedad, así como en los tipos de tratamientos oncológicos que le sean administrados.

Con respecto al tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, la investigación ha sugerido resultados contradictorios sobre el ajuste psicológico de las pacientes. En este sentido, la mastectomía ha sido señalada como aquella opción terapéutica que genera un mayor deterioro en la imagen corporal y en el nivel de funcionamiento sexual de las pacientes, siendo esta elección quirúrgica, aplicada

junto a la quimioterapia adyuvante la que provoca un mayor deterioro en la calidad de vida.

Es por esto que la reconstrucción mamaria representa un procedimiento quirúrgico para revertir la deformidad causada por la mastectomía, siendo su principal objetivo la restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes pos mastectomía.

De este modo, se ha señalado que las mujeres sometidas a una reconstrucción mamaria manifestaban un mayor nivel de autoestima y un menor deterioro en la imagen corporal que las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción. **(20)**

No todas las personas reaccionan de la misma forma ante una misma cirugía, ya que cada paciente tiene una vivencia distinta, dependiendo de diversas variables:

- Las características de la personalidad
- El significado que le confiera cada paciente al acontecimiento traumático
- El momento evolutivo en el que se encuentre.
- La red de sostén familiar
- El modo cómo reciben, tanto el paciente como su familia, el anuncio de la necesidad de cirugía. Casi siempre es una noticia violenta ya que toda cirugía (por muy menor que sea), representa una amenaza para la integridad de la imagen corporal, además de un riesgo para la vida misma.**(21)**

El pecho de la mujer es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico; en este sentido, en la identidad femenina el pecho tiene una importancia crucial. Por último, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos.

## **TRATAMIENTO PSICOONCOLÓGICO**

En el paciente oncológico es esencial comprender y tratar los aspectos emocionales para mejorar su presente y fortalecer el futuro, a partir de no solo del apoyo, sino del re- aprendizaje de estilos de vida.

El tratamiento psicooncologico se encuentra entre la diversidad de tratamientos que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, en tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar.

Concretamente, el diagnóstico de cáncer de mama comporta muchas y variadas reacciones emocionales, como pueden ser de shock, incredulidad, miedo, ansiedad, depresión, pérdida de control, disminución de la autoestima, dificultades

con las relaciones personales y familiares, problemas de pareja, etc., en otras palabras, queda alterada la calidad de vida de las pacientes.

Ante estas reacciones emocionales, en muchas ocasiones, la paciente diagnosticada de cáncer de mama necesita apoyo y orientación psicológica para afrontar de la mejor manera posible todas las dificultades y obstáculos que se va encontrando en esta nueva situación, que desborda las propias capacidades y recursos.

La psicoterapia puede mejorar el malestar emocional que la mayoría de personas experimentan cuando se les diagnostica la enfermedad y por las secuelas derivadas de los tratamientos, mejorando la calidad de vida y facilitando el proceso de adaptación a la enfermedad.

Las diferentes modalidades de psicoterapia en oncología, incluyen estrategias como facilitar información, educación para la salud, proporcionar habilidades de afrontamiento adecuadas, ventilación de emociones, corregir pensamientos distorsionados, enseñar técnicas de control de la ansiedad como relajación, visualización, etc.

Estas posibilidades de tratamiento se pueden realizar de forma individual y en grupo.

En revisiones realizadas por Fawzy (1999) y Font (2003), ambos autores coinciden en las recomendaciones que establecen sobre las intervenciones psicológicas más adecuadas, en función de las demandas físicas y emocionales que requiere cada fase de la enfermedad oncológica.

En palabras de Font (2003): “Sí que parece que las intervenciones tipo counselling son el procedimiento a seguir ante problemas informativos y de comunicación, especialmente en la fase de diagnóstico; las intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar el afrontamiento de los síntomas, efectos secundarios y problemas concretos de la vida cotidiana (fase de tratamiento); la terapia no directiva para los problemas emocionales y las preocupaciones interpersonales (fase de intervalo libre); y la psicoterapia para las necesidades de reflexión existencial sobre la propia vida y los nuevos valores (fase de remisión)”

Principales objetivos de la intervención psicológica en cáncer

TIPO	OBJETIVOS PRINCIPALES	FASE ENFERMEDAD
<i>Educativo-informativa</i>	Mejorar la información y la participación de los pacientes en la toma de decisiones, facilitar la aceptación del diagnóstico	Diagnóstico
<i>Terapia conductual</i>	Control de síntomas, mejora del afrontamiento conductual	Tratamiento inicial, complementario y recidiva
<i>Psicoterapia individual</i>	Facilitar la adaptación emocional y la expresión/ discusión de aspectos personales y vivenciales	Recidiva, enfermedad avanzada
<i>Psicoterapia de grupo</i>	Facilitar la comunicación y el aprendizaje vicario de estrategias, apoyo social, facilitar la adaptación a la vida cotidiana	Intervalo libre, enfermedad avanzada

Como objetivos de la psicoterapia de grupo para pacientes oncológicos se han señalado (Fawzy y Fawzy, 1998; Fobair, 1997; Gottlieb y Wachala, 2007; Johnson y Lane, 1993; Sirgo y Gil, 2000; UICC, 1998), entre otros:

1. Facilitar la expresión de emociones y pensamientos en torno a la experiencia del cáncer y sus consecuencias.
2. Facilitar la comunicación, el compartir la experiencia de la enfermedad y el apoyo mutuo entre los diferentes miembros del grupo.
3. Proporcionar apoyo emocional y social.
4. Proporcionar información sobre la enfermedad y su tratamiento.
5. Disminuir las dificultades emocionales originadas por el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento como ansiedad, depresión, ira, miedo, sentimientos de culpabilidad, etc.
6. Proporcionar un mayor control sobre la enfermedad.
7. Mantener o recuperar las relaciones con las personas del entorno.
8. Mejorar las relaciones de pareja.
9. Recuperar o mejorar la autoestima e imagen corporal.
10. Disminuir los sentimientos de aislamiento.
11. Facilitar estrategias de afrontamiento adecuadas.
12. Facilitar la elaboración del duelo.
13. Facilitar la adaptación a la enfermedad.
14. Mejorar la calidad de vida. **(22)**

## **CÁNCER CERVICOUTERINO**

### **Definición**

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal. **(23)**

El cáncer cervicouterino es el cáncer más fácil de diagnosticar y prevenir, tiene importancia médica, social, económica y humana, además es el principal problema de salud pública en mujeres en las mujeres con actividad sexual en los países desarrollados.

### **Factores de riesgo:**

- Mujeres de 25.64 años de edad
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma Humano
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y mujer)
- Tabaquismo
- Desnutrición
- Deficiencia de antioxidante
- Pacientes con inmunodeficiencias
- Nunca haberse practicado el estudio citológico **(24)**

### **Epidemiología**

El cáncer cérvico-uterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. El cáncer cérvico-uterino tiene enormes consecuencias a nivel mundial, ya que anualmente se desarrollan más de 466, 000 casos nuevos y 230, 000 mujeres mueren por esta causa. Cerca de 80% se produce en países en desarrollo. **(25)**

Ocupa el tercer lugar de los tumores malignos que sufren las mujeres en todo el mundo. En México, el cáncer cervicouterino fue la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer hasta el año 2005; a partir de entonces, el cáncer de mama es que tiene la tasa más elevada. Sin embargo en 13 estados de la República Mexicana sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. El cáncer cervicouterino sigue siendo una enfermedad de pobreza, su frecuencia y mortalidad más alta ocurren en los estados del sur de México, particularmente en el área rural.

El sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y la falta de acceso a la información entre otros factores socioculturales, mantienen a la

población femenina en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de padecer CaCu y morir por ésta u otras causas. **(26)**

De Acuerdo al SIAIS en el 2008 se presentaron 4, 031 defunciones por cáncer cervicouterino lo que representa una tasa de mortalidad de 7.4 por 100 000 mujeres. **(27)**

En Hidalgo en el 2008 se presentaron 83 defunciones por cáncer cervicouterino, con una tasa de 12.7 por 100 000 mujeres de 25 años, datos obtenidos del perfil epidemiológico de los tumores malignos en México en 2008.

Según información del panorama epidemiológico y estadístico de mortalidad 2009, en México en el sexo femenino se presentaron 4 107 defunciones con una tasa de 7.5 por 100 000 mujeres.

### **Tamizaje**

En los países desarrollados con programas de detección masiva adecuada a través del estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de lesiones precursoras y pre invasivas, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a menor costo social y de servicios de salud. **(28)**

Desafortunadamente no se ha logrado aún un impacto importante en la disminución de las morbimortalidad por esta enfermedad en México.

### **Diagnóstico:**

Mediante colposcopia y toma de estudio histopatológico deberá se corroborado el diagnostico de toda paciente con sospecha de cáncer cervicouterino, el cual se realiza mediante, toma de biopsia dirigida, curetaje endocervical y/o cono diagnóstico.

### **Tratamiento**

Cirugía, quimioterapia y radioterapia.

### **Cáncer cervicouterino y afección de respuesta erótica**

El cáncer de cuello uterino afecta intensamente todos los componentes de la respuesta erótica femenina a través de dos factores:

1 Aquello vinculado a la enfermedad misma: inapetencia, pérdida de peso, sangrado vaginal profuso, flujos fétidos entre otros, que implican para la mujer una condición de minusvalía ante su pareja sexual.

2. Los directamente relacionados con los tratamientos: cirugía, quimio y radioterapia, particularmente esta última. **(29)**

## HISTERECTOMIA

Determinadas enfermedades, durante la vida femenina pueden acontecer, que conlleven como parte de su tratamiento, diversas intervenciones quirúrgicas, como son la histerectomía.

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, que se realiza a través de tres abordajes principales: abdominal, vaginal y laparoscópico. **(30)**

La causa más frecuente para la práctica de este procedimiento (90%) es la patología benigna.

Es un procedimiento eficaz e inmediato ante patologías como sangrado uterino anormal, miomas uterinos, enfermedad pélvico- inflamatoria, endometriosis, prolapso genital e incluso algún tipo de cáncer ginecológico. **(31)**

La extirpación del útero es una conducta radical inevitable cuando los demás recursos terapéuticos no posibilitan soluciones plausibles. La histerectomía es vista, por tanto, como la última posibilidad terapéutica, siendo realizada sólo cuando la mujer no consigue vivir con las incomodidades provocadas por la condición patológica del útero. **(32)**

### Histerectomía obstétrica

En el país representan la cuarta causa de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, estos datos están altamente determinados por las condiciones socioeconómicas, por la alta incidencia de embarazo precoz, abortos frecuentes y apenas atendidos. En los casos en que ocurren complicaciones, muchos son llevados a histerectomía.

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de él. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina.

**Factores de riesgo :** antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa , embarazos múltiples, miomectomía, cirugía uterina previa, plastia uterina, periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior, cesárea corporal o segmento corporal, uso de prostaglandinas E2 y E1, tener más de una cesárea. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos auterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de la paciente antes que arriesgar su vida.

La incidencia de histerectomía obstétrica reportada por diferentes autores en muy baja oscila entre 0.1 y 0.9%. **(33)**

## **Histerectomía y su impacto físico - emocional**

Existen factores de riesgo que pueden predecir ansiedad o depresión pos histerectomía los cuales son:

- Factores sociodemográficos: divorcio, bajo nivel educativo, bajo nivel económico, crisis vitales previas a la cirugía, nuliparidad o paridad insatisfecha, actividad laboral, red de apoyo, proyecto de vida, y factores culturales.
- Factores personales: edad temprana, ciclos menstruales regulares, historia previa de depresión y ansiedad, rasgos neuróticos, disfóricos y de hostilidad, percepción de la imagen corporal y de la genitalidad, tensión, miedo generado por el evento, actividad e identidad sexual, síndrome disfórico premenstrual.
- Relacionados con el procedimiento: tipo de enfermedad, tipo de procedimiento, urgencias quirúrgicas, manejo del dolor, incomodidad posquirúrgica, neuropatía posquirúrgica, información sobre el procedimiento.
- 

Sequedad vaginal, menopausia temprana y sentimientos de pérdida de feminidad, son efectos psicológicos y fisiológicos que puede causar la cirugía pélvica, pues es precisamente el ámbito del atractivo erótico y la fuerza seductora de la mujer la que es brutalmente desafiada.

La mujer experimenta una intensa ansiedad anticipatorio ante la perspectiva de la intimidad y es previsible que experimente una pérdida de interés por el contacto sexual. Tal ansiedad se potencia por los temores de un posible “daño” como resultado del coito, evidentemente, tales síntomas afectan también a la pareja, empeorando aún más la situación.

Perdida de la autoestima, sentimientos de pérdida del atractivo físico, preocupaciones sobre la actitud del compañero sexual. Sin duda son numerosas las patologías psicoemocionales.

Además de sienten sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del impulso sexual, con disminución de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante la relación sexual, que provoca, en algunos casos, que la mujer se sienta asexual. Se producen, igualmente, alteraciones en cuanto al ritmo, variedad y frecuencia de las relaciones sexuales.

Asimismo, la paciente puede experimentar trastorno depresivo, subsecuente no solo a los tratamientos, sino del intenso sufrimiento psíquico por alteraciones en la imagen corporal y los sentimientos de minusvalía y baja autoestima.

## **Histerectomía obstétrica y su impacto emocional**

La experiencia de la histerectomía obstétrica, derivada de las complicaciones del parto, es vivida con sufrimiento de diversos órdenes. Sufrimiento primero porque trata de la comprobación de falta de su cuerpo biológico. “me siento vacía por adentro”, “me siento hueca”.

La pérdida de entereza corporal trae consecuencias para su cuerpo, reduciéndolo a la función social y la maternidad. La percepción de su cuerpos, reveló la forma como se procesa y establece la organización de la sociedad y el modo de relación de los cuerpos con las cosas como evidenciaron en las siguientes narraciones: “mi madre dice que los hombres, solo le interesa que la mujer tenga hijos”.

Creemos con bases culturales, familiares y sociales las cuales establecen una imagen femenina, marcada por la creencia de que la mujer viven en la sociedad y en el mundo para ser madre, para procrear y parir. El culto de que ser madre es el regalo más hermoso y maravilloso de la vida, de la naturaleza femenina, hace que las mujeres tomen tales creencias como su valor de sustentación y cuando tal presente les es negado, toda una vida se desmorona: “me siento fea por el simple hecho de no poder tener hijos”. **(34)**

Esta cirugía, amenaza fuertemente su sentido de feminidad al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, puede provocar alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros.

## **Histerectomía y sexualidad**

El apoyo de la pareja es un factor esencial, no cabe duda que un sólido lazo afectivo (ternura, comunicación, intereses comunes, proyectos de futuro, hijos, etc.) facilite la superación de los traumas sexuales resultantes de la enfermedad.

La función sexual femenina es un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales. El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física- emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida de la mujer.

Muchas reacciones psicológicas hacia la histerectomía tienen un efecto importante sobre la sexualidad y la respuesta sexual humana en general, siendo la más generalizada la percepción de una disminución de la autoestima, por sentir su propia imagen corporal alterada (dañada, incompleta y defectuosa), por lo que pueden sentirse sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del deseo o impulso sexual, con disminución igualmente de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante la relación sexual, que provoca, en algunos casos, que la mujer se sienta asexual; produciéndose igualmente, alteraciones en cuanto al ritmo, variedad y frecuencia de las relaciones sexuales

Existen evidencias que indican el impacto positivo de la histerectomía sobre la función sexual, tanto las histerectomías abdominales totales y parciales no han producido diferencias en la frecuencia y calidad del coito, en la localización del orgasmo o en la satisfacción con la vida sexual; dependiendo este último de la existencia de satisfacción antes de la cirugía, de una buena relación con la pareja, del bienestar físico y de la existencia de reposición hormonal.

La histerectomía por sí sola no afecta la sexualidad. Es primordial el rol que juega la pareja sexual de las mujeres histerectomizadas, ya que esta influiría en el afrontamiento que ella tenga.

Las expectativas sexuales, la seguridad y confianza en sí mismas son factores que influyen al momento de iniciar la vida sexual, por lo que si estas son negativas, la sexualidad será enfrentada con ansiedad y conductas evasivas, postergando por tanto el inicio de la actividad sexual.

La sexualidad resulta más deteriorada en mujeres que son sometidas a cirugía por causa maligna que las que fueron operadas por causa benigna, a su vez, mujeres de menor edad resultan más afectadas por esta cirugía que aquellas de mayor edad. **(35)**

Drágsic y cols, realizaron un estudio en el que se evaluó la función sexual antes y después en mujeres sometidas a histerectomía y reportaron que el 70% de las pacientes sometidas a histerectomía presentaron cambios en la libido, frecuencia de orgasmo, o incremento en la intensidad de los orgasmos.

Varios autores refieren mejoría en la sexualidad en las pacientes, independientemente del tipo de histerectomía. Otros que la histerectomía no afecta y mejora la calidad de vida de las pacientes. **(36)**

En una mujer después de la histerectomía pueden ocurrir diferentes reacciones psicológicas, frente al problema:

- Primera fase (De conmoción, incredulidad o incluso negación). Durante esta fase hay disminución de la confianza en sí misma, dudas sobre ella misma, y sentimientos de culpa, miedo ante la intervención.
- Segunda Fase (generalmente cuando el tratamiento quirúrgico ya ha sido realizado) Se produce una afectación con gran depresión, pues la posibilidad de menstruar y reproducirse ya no son posibles. Aparece la irritación, la furia, la culpa, la soledad y la depresión, así como el duelo solitario, generalmente sin apoyo. En otros casos, aparece la resolución y aceptación de la situación que se presenta.
- Tercera Fase (De aceptación y conformidad). Fase muy difícil, pues no siempre la mujer ha resuelto su dolor (duelo con su cuerpo y con ella misma), y puede no ser capaz de tomar decisiones informadas y racionales sobre las posibles alternativas de vida sexual y social futura.

Si nosotros como profesionales de la salud hemos conceptualizado el MATERNAJE, como una larga cadena de sucesos que empiezan con la gestación y terminan cuando acaba la vida de una mujer, en esta ocasión conceptualizaremos que pueden significar cada una de las letras que componen esta palabra cuando la mujer se enfrenta a una histerectomía.

## MATERNAJE

M= Miedo ante la intervención quirúrgica, malestar asociado a esta.

A= Ansiedad por su desempeño futuro, físico y sexual.

T= Temor a no seguir siendo una mujer completa.

E= Expectativas de vida, sociales, laborales y sexuales.

R= Realidad evidente (“está vacía, “la vaciaron “, le quitaron el útero).

N= Necesidades sexuales insatisfechas, por posible rechazo masculino.

A= Angustia por los resultados futuros de la operación.

J= Juicios externos (femeninos y masculinos) la consideran incompleta “vacía”, ya que le falta el útero y la maternidad le será imposible.

E= Erotismo en último lugar, pues ella no es la misma. **(37)**

Sin embargo, el valor de una mujer se encuentra, en su capacidad de aprendizaje, en su desarrollo, en la búsqueda por evolucionar como ser humano. No se encuentra ni en su matriz, ni en sus ovarios, un mucho menos en el número de vidas que consciente o inconscientemente trae para este mundo.

La pérdida como motivo de sufrimiento, se fundamenta en la experiencia de tener un cuerpo hueco, mutilado, haciendo que las mujeres se sientan interiorizadas, conviviendo con desajustes sociales y conyugales, además de que consideren incierto sus porvenires.

El impacto sobre la salud sexual femenina, en cuanto a los tratamientos de radioterapia, se explica fácilmente por dos efectos secundarios indeseables: la incontinencia urinaria y la disfunción intestinal.

## **IMPACTO DEL CANCER EN FAMILIA Y APOYO FAMILIAR**

Un impacto en la familia y la red social del paciente, ocasiona el diagnóstico de cáncer, que implica reacciones que van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico.

Durante el proceso de enfermedad las familias viven ciclos repetitivos de enojo, desamparo, frustración, falta de control, de ajuste y readaptación. Cada integrante se ve afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la vida cotidiana así como en la percepción del sentido de vida.

Se percibe a la enfermedad como potencial peligro de desintegración o como una oportunidad para el fortalecimiento, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro. La familia pasa por un periodo de

crisis que tienen distintos grado de repercusión, pudiendo llegar a generar una nueva homeostasis, crisis, o disolución completa del grupo. La forma en que su familia enfrente la enfermedad determina la sobrevida de un enfermo.

La familia constituye un componente esencial en la recuperación y seguridad personal, siendo la integración y la armonía de la misma factores positivos para enfrentar el cáncer. El apoyo familiar es indiscutible, permite una mejor calidad de vida del paciente e incluso su curación.

Es innegable el papel del apoyo familiar para reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y el tratamiento. En general, la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas depende mucho de la percepción eficiente de este apoyo. Es indispensable evitar ridiculizarla o culparla, sobreprotegerla, estigmatizarla, abandonarla, omitirla, así como participar en la llamada conspiración de silencio donde todos saben y todos callan, estas estrategias pueden dañar el proceso de enfrentamiento a la enfermedad y agravar su pronóstico. **(38)**

Provoca una amplia gama de síntomas, la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas disponibles para el cáncer, que afectan a quien padece la enfermedad y a la familia. Implica para ambos aislamiento social, deformación interna y externa de la imagen corporal, rechazo, sobreprotección, invalidez, pérdida del puesto laboral, redistribución de los recursos económicos y planificación con miras al futuro.

## **IMAGEN CORPORAL**

La imagen corporal es la representación que cada persona constituye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). Una cosa es la apariencia física y otra distinta es la imagen corporal, personas con buena apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así.

**La imagen corporal se compone de varias variables** (Cash y Pruzinsky 1990; Thompson, 1990):

- **Aspectos perceptivos:** precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

- **Aspectos cognitivos-afectivos:** actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

- **Aspectos conductuales:** conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico.

**Las alteraciones de la imagen corporal** pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987):

- Alteraciones cognitivas y afectivas: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.
- Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal.

La evaluación de la imagen corporal debe incluir las siguientes áreas (Rosen, 1997): percepción y estimación del tamaño y la forma del cuerpo, aspectos cognitivos y emocionales, aspectos conductuales; otros problemas psicológicos (depresión, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, ansiedad social, etc.), dimensiones de la personalidad (autoestima, habilidades sociales, niveles de adaptación global). **(39)**

Esta sociedad da una gran importancia a la imagen corporal en el caso de las mujeres. Las mujeres han sido vinculadas estrechamente con sus cuerpos.

## **AUTOESTIMA**

La distancia que existe entre el ideal del yo de la persona y la percepción de su yo real, es una experiencia íntima que se relaciona con la autoestima.

Autoestima: actitud acerca de sí mismo que está relacionada con las creencias personales sobre las propias habilidades, las relaciones sociales y los logros futuros. Es la reputación que adquirimos frente a nosotros mismos. El modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta en forma vital y decisiva todas nuestras experiencias, desde la manera en que actuamos en el trabajo, en el amor, o en el sexo, hasta en nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar. No obstante, el ser íntimo no implica que solo me afecta o beneficia a mí como persona, sino que también repercute en los demás, ya que la familia es un sistema abierto.

Las experiencias, y creencias que rodean al individuo nutren la autoestima. En la valoración que de sí mismas tienen las personas, desempeña un papel importante el medio social. .

Se distinguen tres dimensiones esenciales de la autoestima:

1. **Cognitiva:** ideas, creencias y juicios de valor acerca de nosotros mismos. Forman una red o sistema que condiciona el modo en que se recibe la información que nos llega del exterior. Padres y maestros juegan un papel muy importante; principales creencias son las de los primeros años de vida.
2. **Afectiva:** conlleva a la valoración de lo que hay en nosotros positivo y negativo. Es sentirse a gusto o a disgusto consigo mismo.
3. **De comportamiento:** Todo aquello que decimos o hacemos y puede ser observado.

Existen pasos para la reestructuración de la autoestima los cuales son:

1. **Autoconocimiento:** comunicación interior basada en la buena voluntad, enfocada a conocer nuestras debilidades y fortalezas, cualidades y defectos, recursos y carencias, encaminadas a entender los mensajes de mi cuerpo. Identificar necesidades y como están o no siendo satisfechas, cuando aprendemos a conocernos, en verdad vivimos.
2. **Auto concepto:** Son las carencias y pensamientos que se forman con base en lo que creemos que somos, así actuamos. Evaluación objetiva optimizando aspectos positivos, con la confianza de que siempre existe la posibilidad de ser mejores.
3. **Autoevaluación:** valiosos o devaluados, sentimientos de ser merecedores de estar sanos o enfermos, tener éxito o fracaso.
4. **Auto aceptación:** significa amarnos, aceptarnos con todos nuestros recursos y carencias para poder cambiar lo posible y aceptar vivir con los que no es posible cambiar.
5. **Autorespeto:** respetar nuestros sentimientos, pensamientos, lo que soy, lo que tengo o no, respetar mis necesidades los mensajes de mi cuerpo, sin juzgar, sin criticar, sin sentirme culpable y desde luego el respetarme va de la mano con el respeto a los demás.
6. **Autoestima alta:** resultado final de este proceso, seguido con plena confianza, objetividad, buena voluntad, aprendiendo constantemente a amarnos a nosotros teniendo en todo momento que nadie tiene obligación de amarme, el único que tiene esa obligación, soy yo.

El médico familiar debería detectar al paciente con autoestima baja, orientándolo en la reestructuración de su autoestima. El darse cuenta que se tiene autoestima baja no es suficiente, en estos casos es necesario solicitar ayuda y acudir a diversas alternativas para mejorarla como son: psicoterapia en su enfoque humanista, cognoscitiva, Gestal, Psicoanalista y las programación neurolingüística. (40)

Dada la importancia de esta variable, su evaluación ha sido siempre muy relevante. Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, una de las escalas más utilizadas a nivel internacional para evaluar la autoestima global es la escala de Rosenberg (1965) define a la autoestima como una actitud positiva o

negativa hacia un objeto particular, el sí mismo. Fenómeno actitudinal, creado por fuerzas sociales y culturales. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios. La versión en inglés de la escala fue traducida en forma independiente por dos psicólogos e investigadores bilingües y posteriormente contrastada con otras versiones en español a los fines de realizar una adecuada equivalencia lingüística.

La escala de Rosenberg consta de 10 ítems, 5 de carácter directo formulados en forma afirmativa, y 5 de carácter inverso, redactados en forma negativa (3, 5, 8, 9 y 10). La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). Es una escala auto aplicada donde los participantes marcan con una "X" las alternativas que más lo identifican. La escala fue diseñada para ser medida unidimensional de autoestima.

Los estudios realizados se han centrado en general, en los siguientes tipos de: autoestima alta, autoestima baja, autoestima media y pseudoautoestima.

- **Autoestima Alta:** las personas se sienten bien, con respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro. Tiene una función hedónica o de bienestar general. Es útil en el manejo del estrés y la evitación de la ansiedad, de tal forma que una persona continúe funcionando al enfrentarse a un suceso estresante o trauma. También se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, extroversión, autonomía y autenticidad, varios tipos de fenómenos interpersonales positivos: conducta pro social, satisfacción en las relaciones y desempeño positivo en grupos.

Independientemente de las características corporales, el contar con una adecuada autoestima implica el reconocimiento que la persona es única, y experimenta satisfacción por contar con el cuerpo que posee.

- **Autoestima Media:** manifestar incoherencias en la conducta actuando a veces con sensatez y a veces erróneamente, reforzando con ello la inseguridad. Fluctúa entre sentirse apto e inepto para la vida, acertado y desacertado,

- **Autoestima Baja:** Su auto concepto es pobre, no se acepta y ni practica el auto respecto. No se siente valioso, ni merecedor de amar y ser amado, tener éxito, estar sano, no tiene conocimiento de sí. Puede manifestarse por sensación de fracaso ante la vida, inseguro, temeroso, devaluado y desacertado como persona en función de las críticas de las demás personas. **(41)**

Hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de confianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad, alienación son algunas de las características asociadas a la baja autoestima.

En sus relaciones interpersonales con su pareja, familia y en su trabajo, esto se ve reflejado. No le permite desenvolverse con tranquilidad y éxito, le genera angustia, estado de estrés crónico.

- **Seudoautoestima:** Todos aquellos que en fuentes ajenas a sí mismo, como pueden ser un puesto importante, un auto un nivel económico elevado, un arma, etc. Fijan su seguridad, felicidad y aptitud para la vida y que al carecer de esta fuente material toda seguridad se derrumba.

El yo y la autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, de tal forma que la psique humana se forma tempranamente en la infancia.

## **MEDICO FAMILIAR ANTE PACIENTE ONCOLOGICO**

Para enfrentar a paciente con cáncer en su comunidad, para reconocer y manejar el impacto que la enfermedad impone al mismo y a quienes lo rodean, el médico familiar, puerta de entrada al sistema Sanitario debe estar preparado para ayudarlos a confrontar la situación biopsicosocialmente.

Sin duda el rol del médico de familia se realiza a nivel comunitario y las modificaciones de la dinámica familiar tienen un impacto en la propia familia y la comunidad en la que está inserta.

Mejorar la relación y comunicación con su paciente, facilitar el apoyo y la comunicación intrafamiliar, controlar el dolor mejorando la calidad de vida del enfermo son los tres pilares básicos en los que tiene que apoyarse la intervención del médico de familia ante el paciente oncológico. En la entrevista individual, familiar y en la búsqueda de redes sociales nos debemos de apoyarnos los médicos.

Frecuentemente en la práctica clínica como profesionales de la salud, nos enfrentamos a usuarias que traen consigo mitos, miedos y aprehensiones al momento del diagnóstico, y no siempre nos damos el tiempo de dilucidar las inquietudes que estas mujeres no se atreven a ahondar.

El autoconocimiento es la base de la reestructuración de la autoestima, y este solo se puede dar a medida que el ser humano vaya tomando conciencia de sí mismo, dependiendo de sus características particulares, madurez y recursos personales, gracias al análisis de estos factores será posible transformar en el ámbito clínico a un paciente con autoestima baja en alta.

En la orientación, educación y apoyo emocional de las mujeres, debiera estar enfocado el rol de los profesionales de salud.

Son parte fundamental en la consecución de una buena calidad de vida, las intervenciones en el ámbito de la rehabilitación sexual en pacientes con cáncer de cérvix.

Debe de incluir a la pareja, la psicoterapia en las pacientes con cáncer de cuello uterino, haciendo énfasis en lo sexual, pero asimismo en aquellos aspectos de la relación amorosa que pertenece a la compenetración amorosa y espiritual entre ambos.

Entendemos que estas mujeres han transitado por una experiencia bastante amarga, la de ser diagnosticadas, pasar por un quirófano, que altera el equilibrio psíquico y marca su existencia desde eses momento. Esto se debe a experiencias afectivas agudas de diversa índole (miedos, preocupaciones, temores, etc.). Por lo que requieren la ayuda de un profesional de la Salud Mental que siga con ellas un proceso de psicoterapia serio y reglado con el fin de lograr su adaptación a la nueva situación que vive. **(42)**

#### IV. JUSTIFICACIÓN

La importancia del estudio en mujeres mastectomizadas e hysterectomizadas es debido a que día con día la salud de la mujer, viene siendo amenazada por diversas enfermedades tanto benignas como malignas, incluidos varios tipos de cáncer, entre los cuales se destacan las neoplasias uterinas y de mama por su alta incidencia y mortalidad.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone para la mujer una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, y la amenaza que supone para la vida, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como cambios en su imagen corporal, los sentimientos y actitudes que ello conlleva. En nuestra sociedad la glándula mamaria es considerada uno de los exponentes de la feminidad, por lo que una mastectomía es vista como una pérdida de la imagen corporal con amplias repercusiones físicas, que se asocia en ocasiones, en muchas mujeres, con secuelas psíquicas derivadas de la pérdida de su identidad. Por lo tanto la aparición de reacciones emocionales negativas, se deben vigilar y tratar para evitar que se vuelvan crónicas.

En lo que corresponde al útero, otra parte del cuerpo humano de la mujer, con gran importancia para reproducción, es afectado por diversas patologías que para su erradicación, la hysterectomía ya sea parcial o total, es la única, y en otras la última alternativa. La hysterectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero. No se debe de olvidar las hysterectomías por causa obstétrica como las relacionadas hemorragia secundaria a atonía uterina, acretismo placentario, por mencionar algunas. Con la hysterectomía, se pone fin a la vida reproductiva de la mujer, se amenaza fuertemente su sentido de feminidad, lo que puede provocar al igual que la mastectomía una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros.

Ante este tipo de problemática se considera a la familia una piedra angular en el apoyo de las mujeres sometidas a mastectomía e hysterectomía, durante la recuperación posterior a la cirugía y los tratamientos de radiación y/o la quimioterapia. La familia y sus subsistemas se pueden ver gravemente afectados por los cambios tanto físicos como psicológicos en la mujer, especialmente el sistema conyugal, en lo que corresponde a comunicación en pareja, el afecto, la satisfacción sexual y la toma de decisiones en pareja. Ya que en la mujer sometida a este tipo de procedimientos se puede ver afectado el apetito sexual, la respuesta sexual (lubricación y orgasmo) o simplemente existir temor a no ser aceptada por entorno familiar, principalmente por su esposo.

Con el presente trabajo se pretendió conocer la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal de las pacientes mastectomizadas y/o hysterectomizadas en el HGZ UMF 1 Pachuca.

## ÁREAS ESPECÍFICAS

**Justificación teórica.**- El cáncer de mama y cervicouterino son un problema de salud pública no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial, representan dos de las principales neoplasia femeninas que cobran cada año millones de vidas en todo el mundo. En México, durante las últimas décadas la morbilidad por cáncer de mama en las mujeres se ha incrementado notablemente. El tratamiento final en un gran porcentaje es resección quirúrgica del área afectada, lo cual genera en la mujer una serie de eventos negativos en su salud biopsicosocial y por ende también afecta el ambiente en el que se desarrolla, específicamente el ámbito familiar y dentro de este el subsistema conyugal.

La realización de esta investigación, permitió conocer la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas o hysterectomizadas en un hospital de segundo nivel y con ello poder construir una línea de acción para pacientes con resección de algún órgano, en este caso enfocado al sexo femenino (útero y glándula mamaria).

**Justificación metodológica.**- Al realizar esta investigación se utilizó la escala de subsistema conyugal de Víctor Chávez y Col., así como la escala de evaluación de Rosenberg, como instrumentos útiles para la evaluación de autoestima y del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas e hysterectomizadas.

**Justificación práctica.**- Los resultados de esta investigación, permitieron conocer la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mayores de 20 años mastectomizadas e hysterectomizadas, y así poder crear iniciativas entre los médicos familiares y otros especialistas (ginecólogos y oncólogos) al establecer el diagnóstico de alguna patología tanto benigna como maligna que requieran procedimientos de extirpación de algún órgano; crear una línea de acción y así poder otorgar a la paciente una atención integral, todo ello con la finalidad de evitar que dicha patología repercuta en otras áreas de salud (psicosocial ) y además en el ámbito familiar, específicamente en el subsistema conyugal, por tratarse de órganos de feminidad.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

**Pertinencia:** Según el perfil epidemiológico de los tumores malignos en México en 2008, En Hidalgo se presentaron 75 defunciones por cáncer de mama y 83 defunciones por cáncer cervicouterino. De acuerdo a información de procedimientos quirúrgicos del SIAIS del HGZ UMF No 1 IMSS Pachuca, en el periodo enero- diciembre 2012, dentro de los principales motivos de consulta se encuentra que por tumores malignos de mama en la mujer en un año se otorgaron 685 consultas de primera vez y 3038 subsecuentes, en lo que respecta a tumores malignos del cuello uterino 69 consultas de primera vez y 278 de forma subsecuente. Así mismo se realizaron en determinado periodo 57 mastectomías y 291 hysterectomías respectivamente. Por lo que era importante conocer en estas

mujeres su autoestima y funcionalidad conyugal. Al aplicar las escalas de medición, traer evidencias científicas, que servirán como fuentes secundarias para la toma de decisiones en la salud.

**Magnitud:** Debido a que día a día el cáncer de mamá, cáncer cervicouterino, patologías benignas y problemas obstétricos, afectan exponentes de feminidad y a pesar de la existencia de programas de tamizaje para su detección, la incidencia creciente de los mismos está presente en nuestro país. Según el perfil epidemiológico de los tumores malignos en México en 2008, se presentaron a nivel nacional 4839 defunciones por cáncer de mama en el sexo femenino, por cáncer cervicouterino 4, 031 defunciones. En Hidalgo se presentaron 75 defunciones por cáncer de mama y 83 defunciones por cáncer cervicouterino. La biotecnología ha evolucionado y existe una serie de tratamientos para ello, sin embargo el tratamiento final es resección quirúrgica, al resecar dichas áreas se puede producir alteraciones psicosociales y de forma secundaria en el ámbito familiar específicamente el subsistema conyugal.

**Trascendencia:** El realizar este estudio, tendrá una consecuencia importante dentro del área médica y la investigación, ya que, se podrá establecer un plan de acción para otorgar un tratamiento psico - educacional desde el diagnóstico, posterior a tratamiento quirúrgico y con ello evitar se presenten alteraciones en la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal.

**Relevancia:** Esta investigación cobra relevancia, dado que secundario a procedimientos quirúrgicos de resección ya sea mastectomía e histerectomía, la dinámica familiar se puede ver afectada, con lo cual se tienen mejores evidencias científicas.

**Factibilidad:** Esta investigación fue factible, ya que se contó con recursos humanos operativos, técnicos y económicos necesarios para llevar a cabo los objetivos señalados, tales como una Institución de segundo nivel, con consulta externa de oncología, cirugía general, ginecología, medicina familiar y área de hospitalización, así como población de mujeres mayores de 20 años, con procedimiento quirúrgico histerectomía y/o mastectomía. Además de escalas de medición validadas para medir autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal. Debido a que fue un estudio observacional, descriptivo transversal, no generó un gasto extra a la institución.

**Congruencia:** Esta investigación fue conveniente, con relación lógica. Su método de exploración consistió en dos cuestionarios validados, es congruente para detectar el grado de autoestima y funcionalidad del sistema conyugal.

**Político- administrativa:** Considerando que el cáncer de mama y cáncer cervicouterino son un problema de salud pública que va en aumento, y que por sí mismas dichas patologías y por el tratamiento final (resección quirúrgica), y por su repercusión en autoestima y la dinámica familiar y social; se justificó médica y

socialmente; esto es congruente con políticas de administración del gobierno actual.

**Plausibilidad:** La presente investigación, fue posible, ya que se contó con los recursos materiales y humanos, así como la disponibilidad de la muestra para la realización de dicho estudio, el cual podrá ser utilizado en otros trabajos de investigación relacionados autoestima y subsistema conyugal por lo que este estudio es atendible, admisible y recomendable.

**Aspectos éticos:** En todo momento se respetó la libre decisión de las mujeres de participar o no en el estudio, no realizamos manipulación de variables que interfirieran en los resultados del estudio.

**Interesante:** En el ámbito de salud la prevención es una de las principales tareas, a pesar de ello en países en desarrollo el cáncer de mama y cervicouterino se encuentra en los primeros lugares de neoplasias en la mujer, dado a la poca participación de la población, para los cuales la histerectomía y la mastectomía son tratamientos de erradicación, además de otras patologías para las cuales se requiere de dichos procedimientos quirúrgicos. Esta vertiente recobrara a un más el valor en los médicos familiares, así también de otros especialistas como oncólogos y ginecólogos para la detección de disfunciones familiares o alteraciones en la autoestima de mujeres que fueron sometidas a dichos procedimientos quirúrgicos, y el pronto abordaje y canalización para su resolución.

**Novedoso:** Esta investigación es novedosa, pues al indagar en fuentes secundarias, no se encontró investigaciones con el manejo de las variables en el HGZ UMF No. 1

## V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia enfrenta diferentes momentos críticos durante el ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, en las que se incluyen enfermedades crónicas, así como las que tienen riesgo de muerte que por ende generan un impacto negativo en el seno familiar. En específico, el cáncer de mama como el cáncer cervicouterino representan dos de las principales neoplasias femeninas que cobran cada año, millones de vidas en todo el mundo, lo que los convierte en un problema de salud pública. De los 10 millones de muertes anuales en el mundo por cáncer, 10% corresponde al de mama, cifra que lo ubica como primer motivo de fallecimiento en las mujeres. En México, durante las últimas décadas la morbilidad por cáncer de mama en las mujeres se ha incrementado notablemente. a partir del año 2006, el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer. En el 2008 se presentaron 4, 839 defunciones por cáncer de mama lo que representó una tasa de incidencias de 8.9 por 100 000 mujeres; en lo que respecta al cáncer cervicouterino 4, 031 defunciones con una tasa de 7.4 por 100 000 mujeres

Desde el diagnóstico de dichas patológicas y tratamiento se genera impacto negativo en la mujer así como en el núcleo familiar. Supone para la mujer una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que la glándula mamaria y el útero son considerados exponentes de feminidad y el último tiene una función importante, que es la reproducción, lo que genera pérdidas importantes para la mujer, cambios en su imagen corporal, y genera sentimientos y actitudes negativas que afectan a la familia y en especial al subsistema conyugal. Por lo tanto la aparición de reacciones emocionales negativas, se deben vigilar y tratar para evitar que se vuelvan crónicas. El médico familiar, puerta de entrada al sistema Sanitario debe estar preparado para enfrentar a pacientes con cáncer en su comunidad, para reconocer y manejar el impacto que la enfermedad impone al mismo y a quienes lo rodean, ayudándolos a confrontar la situación biopsicosocialmente.

Por lo cual surgió la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la autoestima y la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas o histerectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca?**

## **VI. OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la autoestima y la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas o histerectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- a) Conocer la autoestima de las mujeres mastectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca
- b) Conocer la autoestima de las mujeres histerectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca
- c) Conocer la funcionalidad del subsistema conyugal de las mujeres mastectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca
- d) Conocer la funcionalidad del subsistema conyugal de las mujeres histerectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca
- e) Conocer la diferencia que existe entre la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal de las mujeres mastectomizadas vs las mujeres histerectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca

## **VII. HIPÓTESIS DE INVESTIGACION**

Se trató de un diseño transversal descriptivo que no ameritó hipótesis, pero por motivos de enseñanza se plasmó la siguiente:

La autoestima y la funcionalidad del subsistema conyugal en las mujeres mastectomizadas o histerectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca son similares a lo reportado a nivel nacional.

## VIII. MATERIAL Y MÉTODOS:

**A) Tipo de estudio:** observacional, transversal y descriptivo.

**B) Universo de estudio:** Mujeres mayores de 20 años de edad con mastectomía o histerectomía derechohabientes del IMSS atendidas en el HGZ UMF No. 1. Pachuca, Hidalgo.

**C) Tamaño de muestra:** Determinando a través de la fórmula para calcular poblaciones finitas., con muestreo estratificado.

Se calculó de acuerdo a información obtenida del SIAIS del HGZ UMF No 1 IMSS Pachuca, de procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo enero-diciembre 2012, donde el total de mujeres mayores de 20 años Mastectomizadas es de 57, y el total de mujeres histerectomizadas de la misma edad de 291.

**Formula:** 
$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

### **Población de Mastectomizadas:**

Donde:

**n:** tamaño de muestra requerido

**N:** Total de la población= 57

**Z<sub>α2</sub>:** Seguridad 95% = 1.96

**p:** Proporción esperada se estimará en un 10%= 0.10

**q:** 1-p= (1-0.10): 0.90

**d:** Precisión deseada (5%)= 0.05

$$n = \frac{57 \times 1.96^2 \times 0.1 \times 0.9}{(0.05)^2 (57-1) + 1.96^2 \times 0.1 \times 0.9}$$

$$n = \frac{218.97 \times 0.1 \times 0.9}{0.0025 \times 56 + 3.8416 \times 0.1 \times 0.9}$$

$$n = \frac{19.70}{0.14 + 3.8416 \times 0.09}$$

$$n = \frac{19.70}{0.14 + 0.3457}$$

$$n = \frac{19.70}{0.14 + 0.3457}$$

0.4857

n=40.56

n= 41

Calculo de perdidas 10%

**n= 41 + 10% (4.1) = 45.1= 45 Grupo de Mastectomizadas**

### **Población de Histerectomizadas**

Donde:

**n:** tamaño de muestra requerido

**N:** Total de la población= 291

**Za2:** Seguridad 95% = 1.96

**p:** Proporción esperada se estima en un 10%= 0.10

**q:** 1-p= (1-0.1): 0.90

**d:** Precisión deseada (5%)= 0.05

$n = \frac{291 \times 1.96^2 \times 0.1 \times 0.9}{(0.05)^2 (291-1) + 1.96^2 \times 0.1 \times 0.9}$

$n = \frac{1117.9056 \times .09}{.0025 \times 290 + 3.8416 \times 0.09}$

$n = \frac{100.6115}{1.0707}$

$n = 93.96$

n= 100.6115

0.725 + 0.3457

n= 100.6115

1.0707

n=93.96

n= 94

Calculo de perdidas 10%

**n= 94 + 10% (9.4) = 103.4= 103 Grupo de Histerectomizadas**

**Población total de (45+103) = 148 pacientes**

**n= 148 pacientes.**

## **D) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **a) Criterios de Inclusión:**

- Mujeres mayores de 20 años derechohabientes del IMSS.
- Mujeres mayores de 20 años con mastectomía atendidas en los servicios de oncología, ginecología, cirugía general, medicina familiar y hospitalizada en el HGZ UMF 1 Pachuca.
- Mujeres mayores de 20 años Histerectomía atendidas en los servicios de oncología, ginecología, cirugía general, medicina familiar y hospitalizada en el HGZ UMF 1 Pachuca.
- Que aceptaron participar en el estudio con consentimiento informado.

### **b) Criterios de No inclusión:**

- Mujeres que presentaron alguna enfermedad crónica que influyera en la autoestima
- Que no aceptaron participar en el estudio

### **c) Criterios de eliminación:**

- Mujeres que contestaron los instrumentos de investigación de forma incompleta.

## E) DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

### VARIABLES METODOLOGICAS DE ESTUDIO

- **Variables Dependientes**
  - ◆ Autoestima
  - ◆ Funcionalidad del subsistema conyugal
  
- **Variables independientes**
  - ◆ Tipo de procedimiento (Mastectomía o Histerectomía)

### VARIABLES DE CONTROL (DEMOGRAFICAS)

- ◆ Edad
- ◆ Estado civil
- ◆ Escolaridad
- ◆ Edad de matrimonio
- ◆ Tipología familiar
- ◆ Nivel socioeconómico

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLES METODOLOGICAS DE ESTUDIO

##### ◆ VARIABLES DEPENDIENTES

Características	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
<b>Autoestima</b>	Es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo; y refleja el juicio que cada persona hace respecto a sus habilidades para enfrentar los desafíos de su vida, para comprender y superar los problemas, para conocer sus derechos de vivir y manifestarse el derecho de ser feliz, esto es de respetar y defender sus intereses y necesidades.	Puntaje obtenido en la escala de evaluación de autoestima.	Cualitativa	Ordinal	1. Autoestima baja (Menos de 25 puntos) 2. Autoestima media (26-29 puntos). 3. Autoestima elevada- normal (30-40 puntos)
<b>Funcionalidad Subsistema conyugal</b>	Se constituye cuando un hombre y mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia y llevar a cabo funciones de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.	Puntaje obtenido en la escala de evaluación del subsistema conyugal.	Cualitativa	Ordinal	1. Pareja funcional (71- 100 puntos) 2. Pareja moderadamente disfuncional (41-70 puntos). 3. Pareja severamente disfuncional (0-40 puntos)

◆ **VARIABLES INDEPENDIENTES**

Características	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
<b>Tipo de procedimiento</b>	Resección quirúrgica parcial o total de la mama, puede ser tumerectomía o radical.  Extirpación quirúrgica del útero, puede ser parcial o total.	Tratamiento quirúrgico al que fue sometida la paciente, según refiera en instrumento de evaluación	Cualitativa	Nominal	1. Mastectomía 2. Histerectomía

• **VARIABLES DE SOCIOECONOMICAS (DEMOGRAFICAS Y CLINICAS)**

Características	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, que ha vivido una persona hasta el momento actual.	Años de vida de la paciente referido en instrumentos de evaluación.	Cuantitativa discreta	Numérica	Número de años
<b>Estado Civil</b>	Situación de la persona física determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil que refiera la paciente en el instrumento de evaluación.	Cualitativa	Nominal	1.-Casada. 2. Unión libre
<b>Escolaridad</b>	Tiempo durante el cual el alumno asiste a la escuela.	Nivel educativo que refiera la paciente en el instrumento de evaluación.	Cualitativa	Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Maestría 7. Doctorado
<b>Edad de matrimonio</b>	Tiempo transcurrido desde la unión legal del hombre y la mujer	Años que tiene la paciente de vivir junto con su conyugue bajo el mismo techo. Referido en el cuestionario.	Cuantitativa	Ordinal	1. 1 a 5 años 2. 6-10 años 3. 11- 15 años 4. 18-20 años 5. 21- 25 años 6. Más de 25 años
<b>Tipología familiar</b>	Clasificación de la familia de acuerdo a los siguientes parámetros: composición, desarrollo, grado de integración familiar, ocupación del jefe de familia, demografía y complicaciones del desarrollo familiar.	Tipo de familia a la que pertenece la paciente, según las personas con que vive bajo el mismo techo, referida por la misma paciente en el cuestionario de evaluación.	Cualitativa	Nominal	1.Nuclear  2.Extensa  3.Extensa Compuesta
<b>Nivel socioeconómico</b>	Es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.	Nivel socioeconómico que refiere la paciente en el instrumento de evaluación.	Cualitativa	Ordinal	1. Bajo 2. Medio 3. Superior

## **IX. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Una vez evaluado y aceptado el protocolo por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1201 del HGZ UMF No.1 de Pachuca Hidalgo, se efectuó el proceso de :

- 1.- Identificar a las pacientes con mastectomía e Histerectomía
- 2.-Presentarse ante las paciente.
- 3.-Explicarles sobre el estudio de investigación a realizar.
- 4.-Invitar a participar en el estudio.
- 5.-Firma de consentimiento informado y que cumplan con los criterios de inclusión.
- 6.-Aplicación del Instrumento de evaluación.
- 7.-Recolectar y análisis de información obtenida.

### **TÉCNICA**

Se realizó un análisis de los datos de los instrumentos de evaluación que contiene todas las variables a estudiar, el cual se aplicó a mujeres mayores de 20 años de edad con mastectomía o con histerectomía derechohabientes del IMSS.

### **INSTRUMENTOS**

Se realizó la aplicación de un cuestionario auto complementado y dos escalas de evaluación validadas la escala de evaluación subsistema conyugal de Víctor Chávez y cols. y la escala de autoestima de Rosenberg. Para la aplicación de dichos cuestionarios se dio previa información a las pacientes y se obtuvo autorización a través de una carta de consentimiento informado que la paciente firmó.

### **LUGAR Y TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**Lugar:** Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS Pachuca

**Tiempo:** Junio – septiembre 2013.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó estadística descriptiva con análisis univariado e inferencial

#### **- ANALISIS UNIVARIADO**

Se obtuvieron frecuencias simples, proporciones y porcentajes, además de medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y dispersión (varianza y desviación estándar).

## **X. ASPECTOS ÉTICOS**

En base a la declaración de Helsinki en 1964, de la Asociación Médica Mundial, leyes y códigos de México, reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo de los aspectos éticos en investigación de los seres humanos, Capítulo I, Disposiciones comunes, Artículo 17, fracción 1, esta investigación se clasificó en riesgo II, "Riesgo mínimo".

- No afecta los derechos humanos de los pacientes.
- Se preserva la confidencialidad del manejo de la información.
- Respeto la Ley General de Salud en materia de Investigación.
- No transgrede las normas de la investigación científica en seres humanos.

## **XI. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS**

### **Recursos humanos:**

- Médico Residente
- Asesor clínico y metodológico
- Mujeres participantes

### **Recursos materiales:**

- Hojas blancas
- Lápiz y bolígrafos
- Equipo de cómputo con impresora
- Fotocopiado
- Formato de consentimiento informado
- Instrumentos de evaluación

### **Recursos financieros**

- Los proporcionados por el investigador

## **FACTIBILIDAD**

Este protocolo de investigación fue factible, ya que se contó con los recursos humanos, materiales y financieros para realizarlo.

## **XII. BIOSEGURIDAD:**

Es un estudio de investigación observacional, tipo encuesta, riesgo II, “Riesgo mínimo”. No afectó los derechos humanos de los pacientes. Se preservó la confidencialidad del manejo de la información. Respetó la Ley General de Salud en materia de Investigación. No transgredió las normas de la investigación científica en seres humanos.

### XIII. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de la investigación, son a base de la aplicación de encuestas directas a 148 pacientes divididas en 2 grupos 103 histerectomizadas y 45 mastectomizadas.

#### DATOS DEMOGRAFICOS

**CUADRO No. 1**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR GRUPOS DE EDAD.**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
30-34	2	1.94
35-39	7	6.80
40-44	14	13.59
45-49	23	22.34
50-54	17	16.50
55-59	16	15.53
60-64	14	13.59
65-69	7	6.80
70-74	1	0.97
75-79	0	0.0
80 Y MÁS	2	1.94
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos**

La muestra se dividió en grupos con intervalos de 5 años de edad donde se observó, que la mayor concentración de la muestra de mujeres estudiadas que declararon haber sido histerectomizadas se localiza en el rango que va de 40 a 64 años de edad, significando el 81.55 % en relación al total de 103 pacientes. En primer lugar se tiene a las pacientes con edades de 45-49 años representando el 22.34 %, en segundo sitio, se encuentran las pacientes dentro del rango de 50-54 años, significando el 15.53 %; a manera de resumen de la serie se tiene: una media de 52 años de edad, mediana de 52, moda o edad más frecuentemente observada 47 años, desviación estándar de  $\pm 9.8$  años; las edades mínima y máxima son 32 y 84 años de edad respectivamente. **(Cuadro no. 1).**

**CUADRO No. 2**  
**PACIENTES MASTECTOMIZADAS POR GRUPOS DE EDAD.**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
30-34	1	2.22
35-39	2	4.44
40-44	3	6.67
45-49	8	17.78
50-54	8	17.78
55-59	9	20.00
60-64	5	11.11
65-69	6	13.34
70-74	2	4.44
75-79	1	2.22
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

La muestra se dividió en grupos con intervalos de 5 años de edad donde se observó, la mayor concentración de la muestra de mujeres estudiadas que declararon haber sido mastectomizadas se localiza en el rango que va de 45 a 69 años de edad, significando el 80.01 % en relación al total de 45 pacientes. En primer lugar se tiene a las pacientes con edades de 55-59 años representando el 20.00 %, en segundo sitio, se encuentran las pacientes dentro del rango de 45-49 y 50-54 con similar porcentaje del 17.78; a manera de resumen de la serie se tiene: una media de 55 años de edad, mediana de 56, moda o edad más frecuentemente observada 68 años, desviación estándar de  $\pm 10.22$  años; las edades mínima y máxima son 29 y 78 años de edad respectivamente. **(Cuadro no. 2).**

**CUADRO No. 3**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN ESTADO CIVIL.**

<b>ESTADO CIVIL.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
CASADA	88	85.44	42	93.33
UNIÓN LIBRE	15	14.56	3	6.67
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

En relación al estado civil, lo destacable es que el 85.44 %, y el 93.33 % de mujeres histerectomizadas y mastectomizadas declararon ser casadas, **(Cuadro no. 3).**

**CUADRO No. 4**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN**  
**ESCOLARIDAD.**

<b>ESCOLARIDAD.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
ANALFABETA	0	0.0	0	0.0
PRIMARIA	32	31.07	25	55.55
SECUNDARIA	29	28.16	9	20.00
BACHILLERATO	25	24.27	8	17.78
LICENCIATURA	17	16.50	3	6.67
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

En lo que respecta a la escolaridad, llama la atención que en cifras relativas las mujeres encuestadas declararon tener estudios de bachillerato y de licenciatura, con porcentajes en suma de 40.77 % y 24.45 %, lo cual constituye, sumándole los estudios de secundaria un nivel educativo aceptable, **(Cuadro no. 4).**

**CUADRO No. 5**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN NIVEL**  
**SOCIOECONÓMICO.**

<b>NIVEL.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
BAJO	16	15.53	7	15.56
MEDIO	86	83.50	38	84.44
SUPERIOR	1	0.97	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

Aunado a la escolaridad, de acuerdo a lo que refieren las pacientes (ya que no se aplico ningún instrumento de evaluación para medir el índice de pobreza familiar), se observan porcentajes similares 83.50 vs. 84.44 con un nivel socioeconómico “medio”, e incluso en las mujeres de nivel socioeconómico “bajo” también las cifras son semejantes 15.53 % vs. 15.56 %, **(Cuadro no. 5).**

**CUADRO No. 6**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN AÑOS**  
**DE MATRIMONIO.**

<b>RANGO DE AÑOS DE MATRIMONIO.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
1-5	8	7.77	4	8.89
6-10	7	6.80	0	0.0
11-15	8	7.77	2	4.44
16-20	11	10.68	3	6.67
21-25	14	13.59	3	6.67
25 Y MÁS	55	53.39	33	73.33
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

Por lo que se refiere a los años que las mujeres encuestadas declararon de vivir en matrimonio, se observan variaciones importantes en los dos grupos estudiados en función al matrimonio de 25 y más años con porcentajes de: 53.39 vs. 73.33, así también, en todos los rangos de años de matrimonio se observan mayores porcentajes en las mujeres histerectomizadas, **(Cuadro no. 6)**.

**CUADRO No. 7**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN**  
**TIPOLOGÍA FAMILIAR.**

<b>TIPOLOGÍA.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
NUCLEAR	80	77.67	31	68.89
EXTENSA	18	17.48	11	24.44
EXTENSA COMPUESTA	5	4.85	3	6.67
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

Por lo que se refiere a la tipología familiar en las mujeres encuestadas, se observa que las pacientes mastectomizadas tienen un mayor porcentaje en la tipología familiar extensa: 17.48 vs. 24.44, en cambio en la tipología familiar nuclear la situación cambia, al observarse cifras del 77.67 % vs. 68.89 %, **(Cuadro no. 7)**.

**CUADRO No. 8**  
**PACIENTES SEGÚN AÑOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON**  
**HISTERECTOMÍA Y MASTECTOMÍA.**

<b>RANGO DE AÑOS.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
1-5	8	7.77	35	77.78
6-10	7	6.80	5	11.11
11-15	8	7.77	3	6.67
16-20	11	10.68	2	4.44
21-25	14	13.59	0	0.0
25 Y MÁS	55	53.39	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

Por lo que se refiere a los años con la intervención quirúrgica que las mujeres encuestadas declararon, se observan variaciones importantes en los dos grupos estudiados, llamando sobremanera la atención el rango de 1-5 años en que las mujeres con mastectomía presentan un porcentaje de 77.78 %, en cambio en las histerectomizadas, el porcentaje es diez veces menor 7.77 %, así también, en todos los rangos de años, a excepción de los rangos 1-5 y 6-10 de tener la operación se observan mayores porcentajes en las mujeres histerectomizadas, **(Cuadro no. 8).**

**CUADRO No. 9**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN MOTIVO**  
**DE LA CIRUGÍA.**

<b>MOTIVO.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
MIOMATOSIS	91	88.35	0	0.0
CÁNCER CERVICOUTERINO	5	4.85	0	0.0
CÁNCER DE OVARIO	7	6.80	0	0.0
CÁNCER DE MAMA	0	0.0	45	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

En relación al motivo del procedimiento quirúrgico, el hallazgo más importante es el de las mujeres con cáncer cervicouterino en pacientes histerectomizadas, correspondiendo al 4.85 % de la muestra específica de 103 mujeres, y el cáncer de ovario con el 6.80 %; en suma el motivo “cáncer” para histerectomía es el 11.65 %; siendo evidente el cáncer de mama en las pacientes mastectomizadas (100.0 %), **(Cuadro no. 9).**

**SUBSISTEMA CONYUGAL- VICTOR CHAVEZ**

**CUADRO No. 10  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA  
FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN CON LA PAREJA.**

<b>COMUNICACIÓN.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
<b>Se comunica directamente con su pareja</b>				
NUNCA	0	0.0	1	2.22
OCASIONALMENTE	10	9.71	5	11.11
SIEMPRE	93	90.29	39	86.67
<b>La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia</b>				
NUNCA	2	1.94	0	0.0
OCASIONALMENTE	19	18.45	11	24.44
SIEMPRE	82	79.61	34	75.56
<b>Existe congruencia entre la comunicación verbal la analógica</b>				
NUNCA	2	1.94	1	2.22
OCASIONALMENTE	32	31.07	16	35.56
SIEMPRE	69	66.99	28	62.22
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

Aún cuando pudiera calificarse la comunicación como “buena” entre las parejas, resalta el hecho de que ocasionalmente la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia, siendo mayor el porcentaje en las mujeres mastectomizadas: 18.45 vs. 24.44; en relación a la congruencia entre la comunicación verbal y la analógica, también destaca la comunicación ocasional presentándose como sigue: 31.07 histerectomizadas vs. 35.56 % mastectomizadas, **(Cuadro no. 10).**

**CUADRO No. 11**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA**  
**FUNCIÓN DE ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES.**

<b>ROLES.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
<b>La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudicaban</b>				
NUNCA	0	0.0	2	4.44
OCASIONALMENTE	21	20.39	5	11.11
SIEMPRE	82	79.61	38	84.45
<b>Son satisfactorios los roles que asume la pareja</b>				
NUNCA	1	0.97	1	2.22
OCASIONALMENTE	29	28.16	7	15.56
SIEMPRE	73	70.87	37	82.22
<b>Se propicia el intercambio de roles entre la pareja</b>				
NUNCA	11	10.68	9	20.00
OCASIONALMENTE	43	41.75	18	40.00
SIEMPRE	49	47.57	18	40.00
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

En cuanto a la adjudicación y asunción de roles de la pareja, sobresale en forma negativa la proposición NUNCA en intercambio de roles entre la pareja, tanto en las mujeres histerectomizadas como en las mastectomizadas, siendo mayor el porcentaje en las mastectomizadas: 10.68 vs. 20.00; lo mismo sucede en el concepto de “ocasionalmente”, 41.75 histerectomizadas vs. 40.00 % mastectomizadas, **(Cuadro no 11)**.

**CUADRO No. 12**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA**  
**FUNCIÓN DE SATISFACCIÓN SEXUAL.**

<b>SATISFACCIÓN SEXUAL.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
<b>Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales</b>				
NUNCA	23	22.33	16	35.56
OCASIONALMENTE	32	31.07	10	22.22
SIEMPRE	48	46.60	19	42.22
<b>Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual</b>				
NUNCA	25	24.28	17	37.78
OCASIONALMENTE	27	26.21	9	20.00
SIEMPRE	51	49.51	19	42.22
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

En relación a la satisfacción sexual, sobresale en forma negativa (NUNCA), tanto la insatisfacción por la frecuencia de las relaciones sexuales, como por la calidad de las mismas; lo anterior debido a que se registraron en base a las respuestas altos porcentajes. 22.23 histerectomizadas vs. 35.56 mastectomizadas (EN FRECUENCIA), y 24.28 vs. 37.78 (EN CALIDAD); también es importante la calificación de la respuesta (OCASIONALMENTE), para frecuencia y calidad de las relaciones sexuales: 31.07 % histerectomizadas vs. 22.22 % mastectomizadas; y 26.21 % histerectomizadas vs. 20.00 % mastectomizadas, **(Cuadro no 12)**

**CUADRO No. 13  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA  
FUNCIÓN DE AFECTO.**

<b>AFECTO.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
<b>Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja</b>				
NUNCA	5	4.85	5	11.11
OCASIONALMENTE	19	18.45	11	24.44
SIEMPRE	79	76.70	29	64.45
<b>El tiempo que se dedica la pareja es gratificante</b>				
NUNCA	3	2.91	4	8.89
OCASIONALMENTE	23	22.33	5	11.11
SIEMPRE	77	74.76	36	80.00
<b>Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja</b>				
NUNCA	4	3.88	4	8.89
OCASIONALMENTE	14	13.59	6	13.33
SIEMPRE	85	82.52	35	77.78
<b>Perciben que son queridos por su pareja</b>				
NUNCA	7	6.80	4	8.89
OCASIONALMENTE	13	12.62	2	4.44
SIEMPRE	83	80.58	39	86.67
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

En lo que respecta a "AFECTO", sobresale en forma negativa (NUNCA), en: manifestaciones físicas-tiempo gratificante-desarrollo y superación-percepción de ser queridas por su pareja; en todos los casos los porcentajes son mayores en las mujeres con mastectomía: 4.85 histerectomizadas vs. 11.11 mastectomizadas, 2.91 vs. 8.89, 3.88 vs. 8.89, 6.80 vs. 8.89 respectivamente. **(Cuadro no 13)**

**CUADRO No. 14**  
**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA**  
**FUNCIÓN DE TOMA DE DECISIONES**

DECISIONES.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
<b>Las decisiones importante para la pareja se toman conjuntamente</b>				
NUNCA	1	0.97	6	13.33
OCASIONALMENTE	20	19.42	5	11.11
SIEMPRE	82	79.61	34	75.56
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

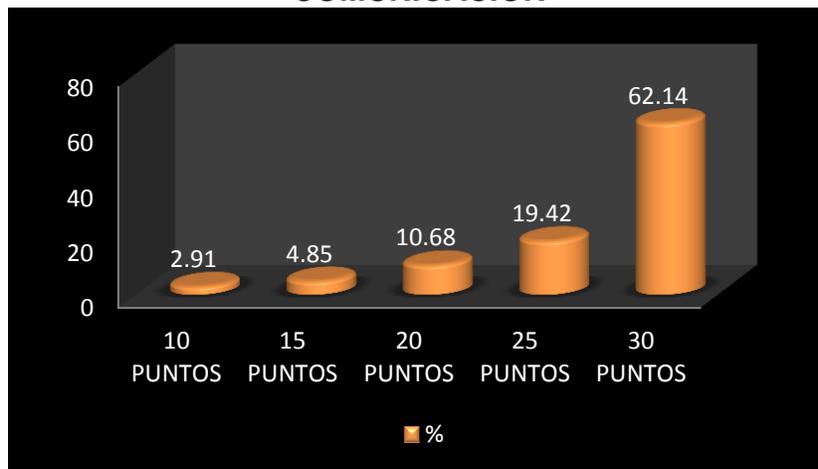
En lo que respecta a “TOMA DE DECISIONES “sobresale significativamente en forma negativa (NUNCA), el porcentaje más elevado en las pacientes mastectomizadas. 0.97 vs. 13.33, **(Cuadro no 14)**.

**PACIENTES HISTERECTOMIZADAS**

**1. COMUNICACION**

En lo específico de pacientes histerectomizadas, en el apartado de “comunicación” en la evaluación del subsistema conyugal el 37.9 % de las pacientes tienen algún grado de disfunción en la comunicación y el 62.1% de las pacientes tienen una funcionalidad conyugal en esta área, **(Base de datos)**.

**GRAFICA No.1 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN**

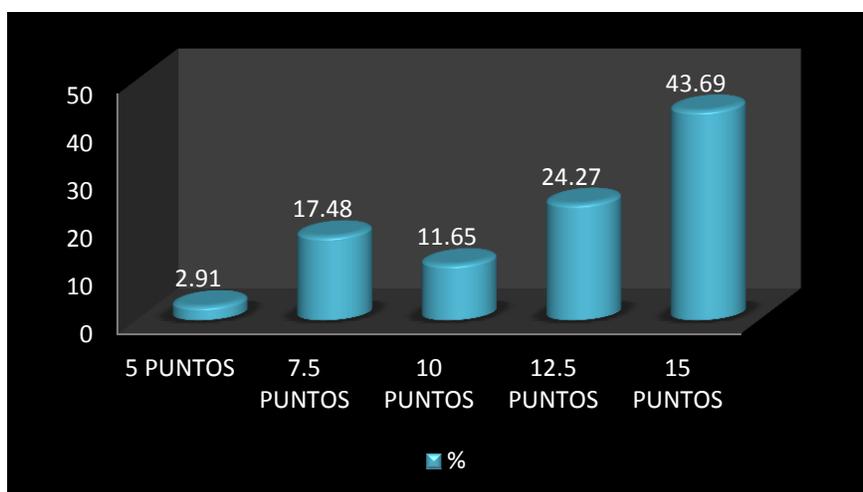


Fuente: Base de datos.

## 2. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES.

En lo específico de pacientes histerectomizadas, en relación al apartado de “adjudicación y asunción de roles” se observo una distribución mas uniforme, el 43.69 % alcanzan un puntaje de 15, lo que refleja una funcionalidad en esta área, el 62.1 % se encuentran con 12.5 puntos y menos, lo que nos indica que existe disfunción en esta área. **(Base de datos).**

**GRAFICA No. 2 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES.**

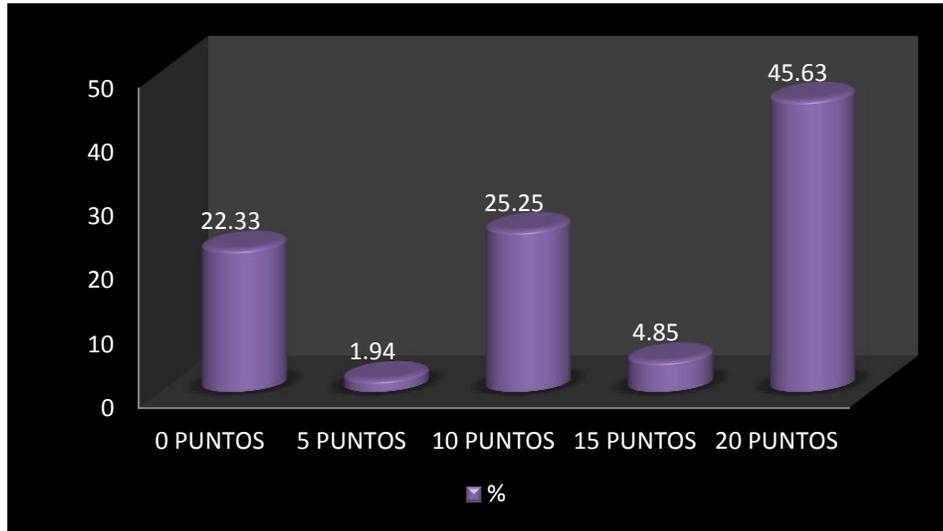


Fuente: Base de datos

## 3. SATISFACCION SEXUAL.

En lo específico de pacientes histerectomizadas, en el apartado de “satisfacción sexual”, también el 45.63 % alcanzan un puntaje de 20, lo que indica que nos indica que tienen una funcionalidad completa en esta área, el 54.37 % se encuentran con 15 puntos y menos, lo que refleja algún grado de disfunción en relación a satisfacción sexual y un 22.33% con 0 puntos lo que traduce en una disfunción severa, **(Base de datos).**

**GRAFICA No.3 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA SATISFACCION SEXUAL.**

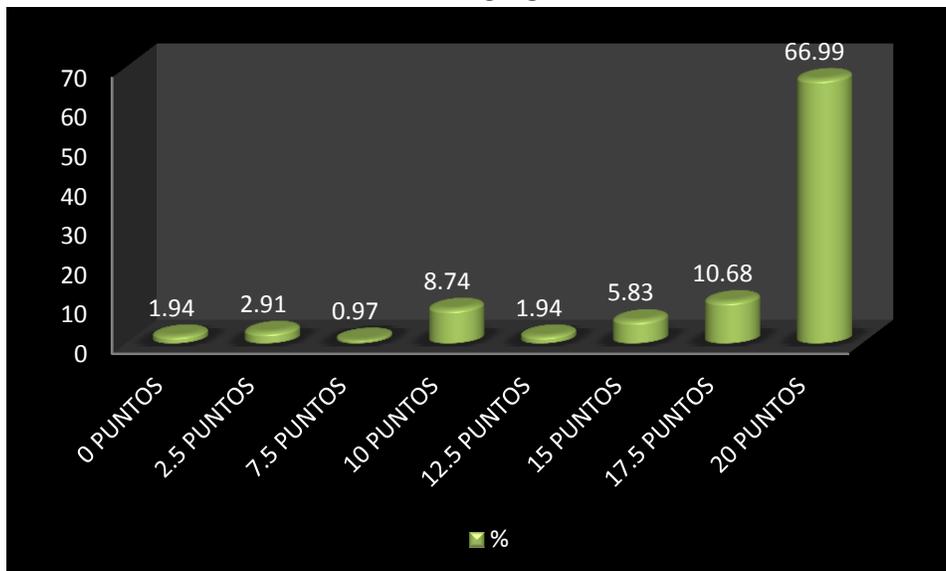


Fuente: Base de datos.

#### 4. AFECTO.

En lo específico de pacientes histerectomizadas, en el apartado de “afecto”, el 66.99 % alcanzan un puntaje de 20, el 33.11 % se encuentran con 17.5 puntos y menos, lo que nos concluye que tienen disfuncionalidad conyugal en el apartado de afecto, **(Base de datos)**.

**GRAFICA No.4 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE AFECTO.**

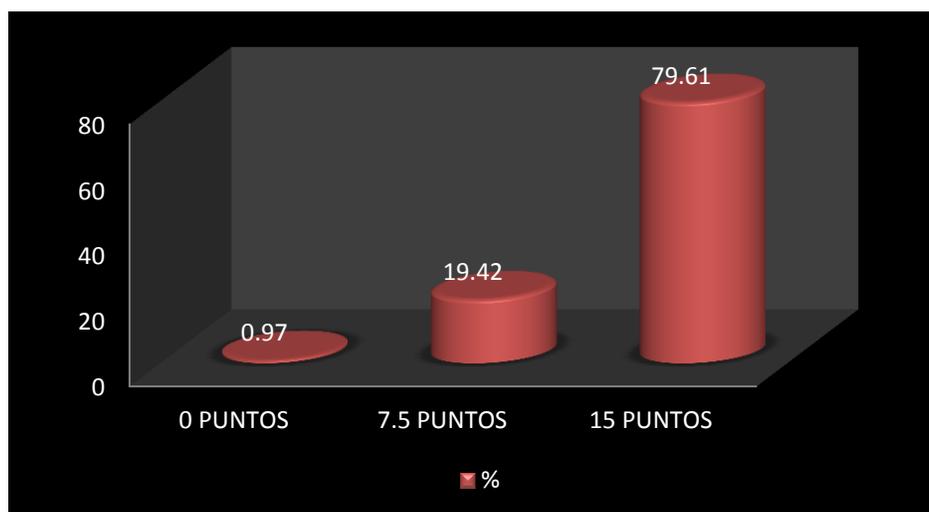


Fuente: Base de datos.

## 5. TOMA DE DECISIONES.

En lo específico de pacientes histerectomizadas, en el apartado de la “Toma de decisiones”, el 79.61 % con 15 puntos alcanza una puntuación completa, el 20.39 % se encuentran con 7.5 puntos y menos. Es el área en el que mas puntuación se obtuvo y por lo tanto donde mayor funcionalidad que se observo, **(Base de datos).**

**GRAFICA No. 5 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE TOMA DE DECISIONES.**



Fuente: Base de datos

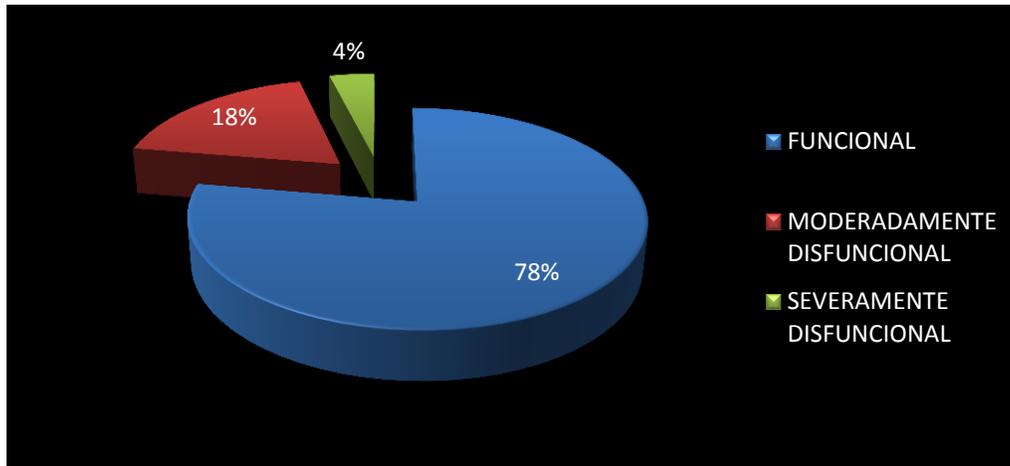
**CUADRO No. 15  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN GRADO DE FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.**

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	NÚMERO	%
FUNCIONAL	80	77.67
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	19	18.45
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	4	3.88
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

Conforme a los criterios de calificación con la escala del subsistema conyugal de Víctor Chávez y Col en los resultados totales se observa que en un 3.88% de las pacientes se encuentran en disfunción severa, 18.45% tienen una disfunción moderada y el 77.67% una funcionalidad conyugal completa, **(Cuadro no. 15).**

**GRAFICA No.6 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.**



Fuente: Cuadro no. 15

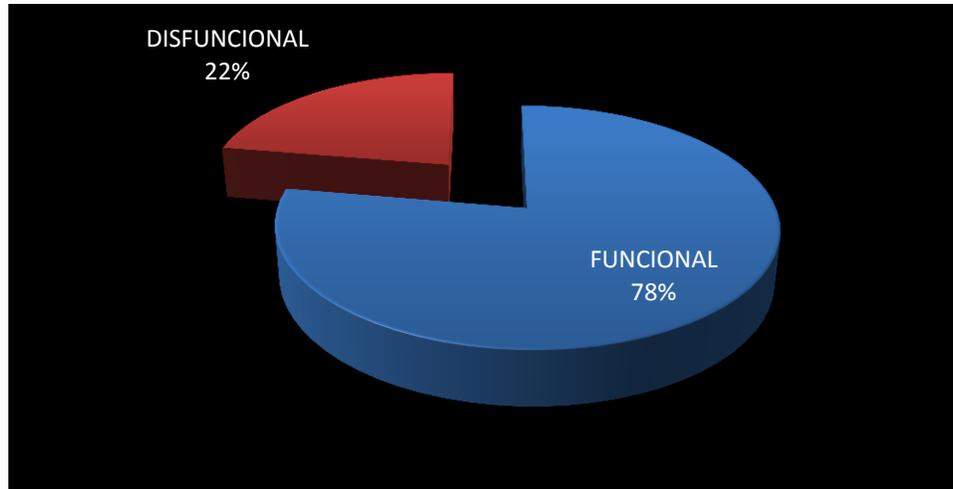
**CUADRO No. 16  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN GRADO DE FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.**

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	NÚMERO	%
FUNCIONAL	80	77.67%
DISFUNCIONAL	23	22.33%
TOTAL	103	100%

Fuente: Base de datos.

Si se agrupan los resultados en pacientes hysterectomizadas en la evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal se puede observar que el 77.67% se encuentra funcional y el 22.33% presenta disfunción, **(Cuadro 16)**.

### GRAFICA No.7 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.



Fuente: Cuadro no. 16

### MASTECTOMIZADAS

#### 1. COMUNICACION

En lo específico de pacientes mastectomizadas, de acuerdo a sus respuestas en el apartado de “comunicación” el 46.67 % de las pacientes tienen puntajes de 25 y menos, lo que nos indica que presentan algún grado de disfunción en esta área, y el 53.33 % presentan una funcionalidad completa. **(Base de datos).**

### GRAFICA No. 8 PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN.

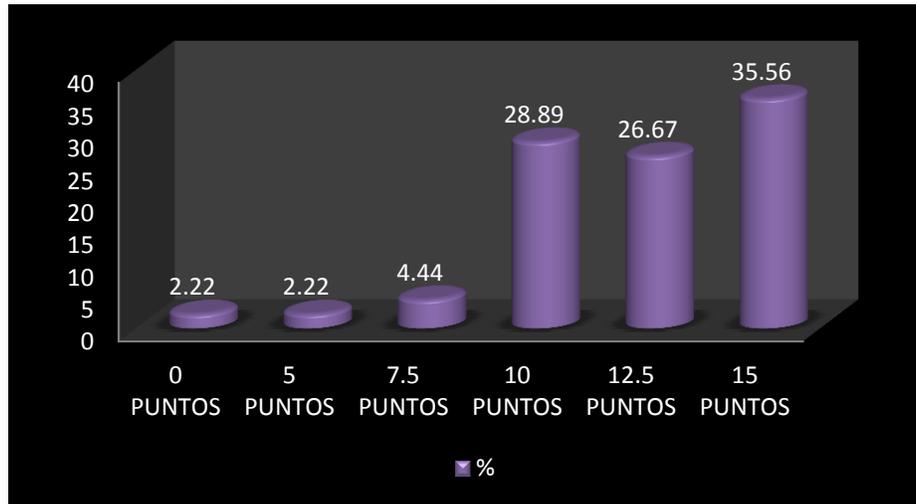


Fuente: Base de datos

## 2. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES.

En lo específico de pacientes mastectomizadas, en relación al apartado de “adjudicación y asunción de roles” el 64.44 % de las pacientes tienen puntajes de 12.5 y menos, lo que refleja algún grado de disfunción. **(Base de datos).**

**GRAFICA No. 9 PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES.**



Fuente: Base de datos

## 3. SATISFACCION SEXUAL.

En lo específico de pacientes mastectomizadas, en el apartado de “satisfacción sexual” el 57.78 % de las pacientes tienen puntajes de 10 y menos, lo que nos traduce que presentan algún grado de disfunción, y de estos el 35.56% tuvieron 0 puntos lo que releja una disfunción severa en el ámbito de satisfacción sexual, **(Base de datos).**

**GRAFICA No. 10 PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN SATISFACCION SEXUAL.**

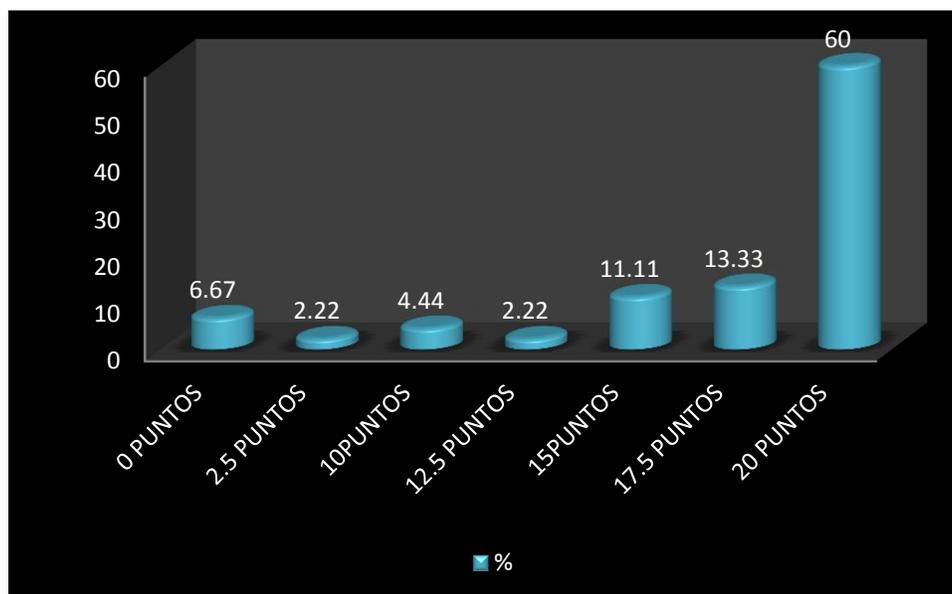


Fuente: Base de datos

#### 4. AFECTO.

En lo específico de pacientes mastectomizadas, en el apartado de “afecto”, el 60% de las pacientes presentan una función completa y el 40 % de las pacientes tienen puntajes de 17.5 y menos, lo que no traduce que presentan algún grado de disfunción (**Base de datos**).

**GRAFICA No. 11 PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE AFECTO.**

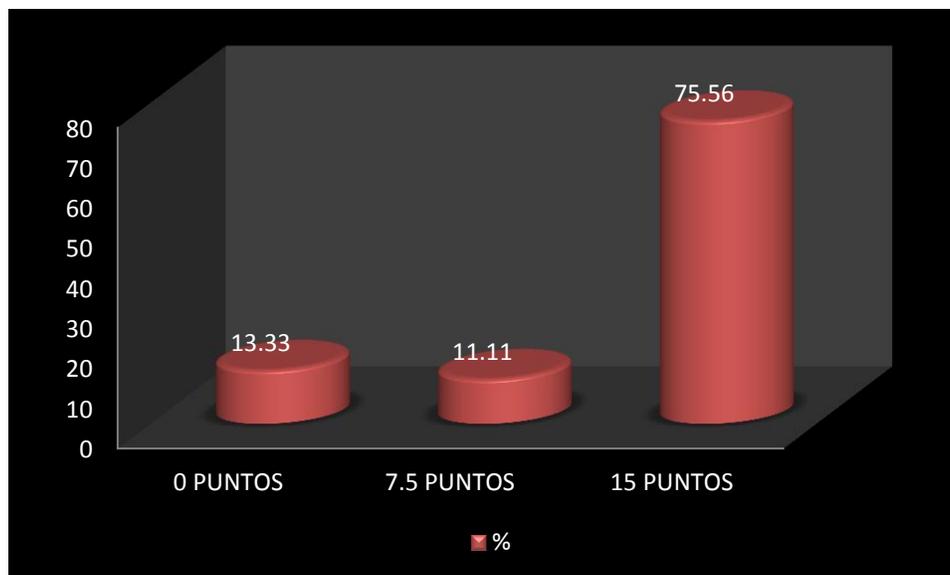


Fuente: Base de datos

#### 5. TOMA DE DECISIONES.

En lo específico de pacientes mastectomizadas, en el apartado de “toma de decisiones” el 24.44 % de las pacientes tienen puntajes de 7.5 y menos, lo que nos indica que presentan algún grado de disfunción en esta área y el 75.56% tienen una funcionalidad completa. Es el área en el que más puntuación se obtuvo y por lo tanto donde mayor funcionalidad se observó (**Base de datos**).

**GRAFICA No. 12 PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN LA FUNCIÓN DE TOMA DE DECISIONES.**



Fuente: Base de datos

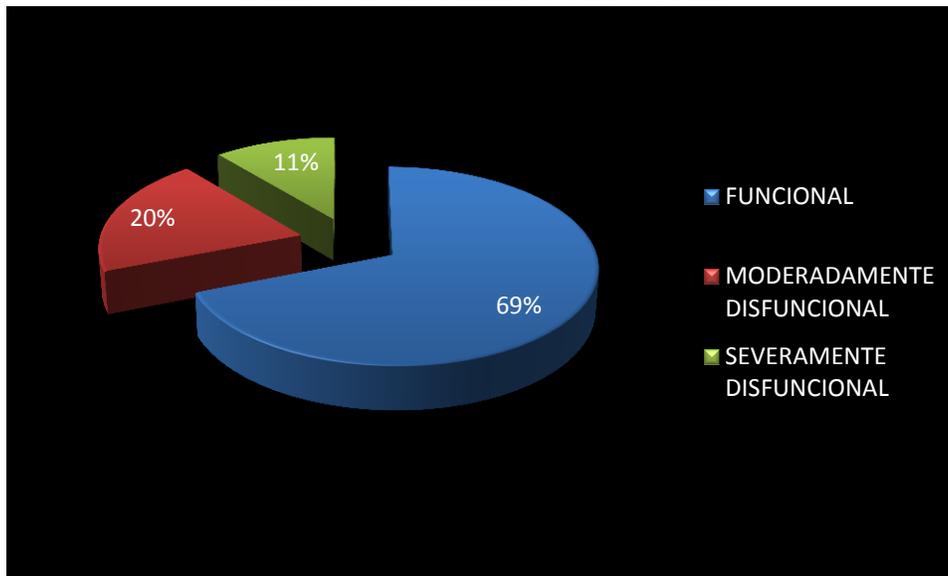
**CUADRO No. 17  
PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN FUNCIONALIDAD DEL  
SUBSISTEMA CONYUGAL.**

<b>FUNCIONALIDAD CONYUGAL</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
<b>FUNCIONAL</b>	31	69
<b>MODERADAMENTE DISFUNCIONAL</b>	9	14
<b>SEVERAMENTE DISFUNCIONAL</b>	5	11
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

Conforme a los criterios de calificación con la escala del subsistema conyugal de Víctor Chávez y Col., en pacientes mastectomizadas en los resultados totales se observa que en un 11% de las pacientes se encuentran en disfunción severa, 14% tienen una disfunción moderada y el 69% una funcionalidad conyugal completa, **(Cuadro no. 17).**

**GRAFICA No. 13 PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚ FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.**



Fuente: Cuadro no. 17

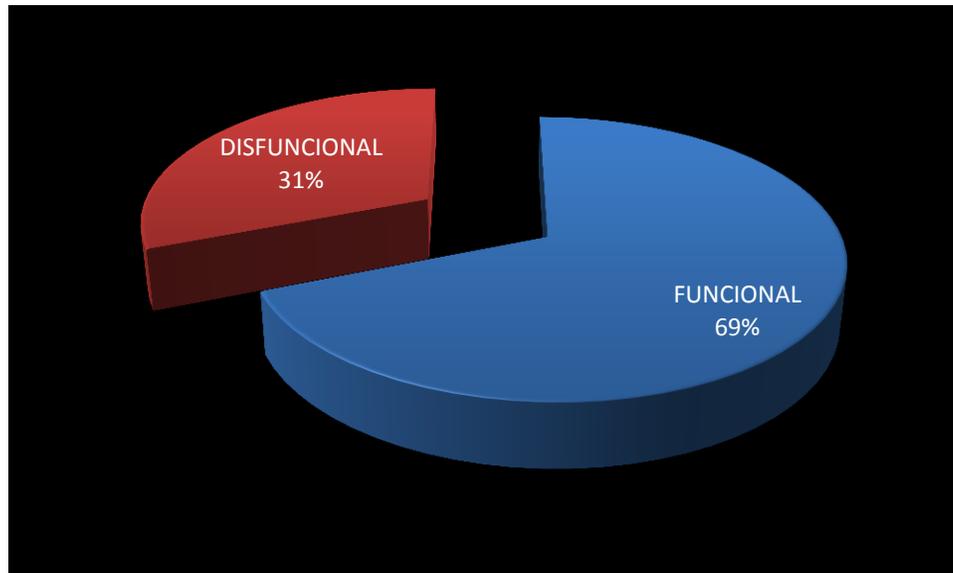
**CUADRO No. 18  
PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN FUNCIONALIDAD DEL  
SUBSISTEMA CONYUGAL.**

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	NÚMERO	%
FUNCIONAL	31	69%
DISFUNCIONAL	14	31%
TOTAL	45	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Si se agrupan los resultados de pacientes mastectomizadas, en la evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal se puede observar que el 69% se encuentra funcional y que un alto porcentaje representado por el 31 % presenta disfunción en el subsistema conyugal, **(Cuadro 18)**

**GRAFICA No. 14 PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚ FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.**



Fuente: Cuadro no. 18

**AUTOESTIMA- ROSENBERG**

**CUADRO No. 19**  
**SIENTO QUE SOY UNA PERSONA DIGNA DE APRECIO, AL MENOS EN IGUAL MEDIDA QUE LOS DEMÁS.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DACUERDO	61	59.23	33	73.33
B. DE ACUERDO	40	38.83	12	26.67
C. EN DESACUERDO	0	0.0	0	0.0
D. MUY EN DESACUERDO	2	1.94	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En lo que corresponde a la pregunta 1, la cual se encuentra direccionada positivamente, en ambos grupos un elevado porcentaje contestaron positivamente, predominando en el grupo de mastectomizadas con 100 % de este un 73.33% respondió muy de acuerdo, seguido de 26.67% que contesto de acuerdo. En lo que respecta al grupo de histerectomizadas solo 2 pacientes respondieron negativamente al estar muy en desacuerdo con ser dignas de aprecio, representando el 1.94%, (**Cuadro no. 19**).

**CUADRO No. 20**  
**ESTOY CONVENCIDA QUE TENGO CUALIDADES BUENAS.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	58	56.31	26	57.78
B. DE ACUERDO	41	39.81	18	40.00
C. EN DESACUERDO	3	2.91	1	2.22
D. MUY EN DESACUERDO	1	0.97	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En lo que corresponde a la pregunta 2, la cual se encuentra direccionada positivamente, solo 4 paciente histerectomizadas respondieron estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con tener cualidades buenas, representando el 3.88 %, en cambio en las mastectomizadas solo hubo 1 caso para el 2.22 %, (Cuadro no. 20).

**CUADRO No. 21**  
**EN GENERAL, ME INCLINO A PENSAR QUE SOY UN FRACASADA.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	6	5.83	1	2.22
B. DE ACUERDO	12	11.65	6	13.33
C. EN DESACUERDO	34	33.01	4	8.89
D. MUY EN DESACUERDO	51	49.51	34	75.56
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En lo que respecta a la pregunta 3 que se encuentra direccionada negativamente, lo más destacable es el hecho de que el 17.48 % de las mujeres histerectomizadas respondieron que se inclinan a pensar que son fracasadas, mientras que el 15.56 % de las mastectomizadas respondieron lo mismo, en ambos grupos un alto porcentaje esta en desacuerdo, (Cuadro no. 21).

**CUADRO No. 22**  
**SOY CAPAZ DE HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO LA MAYORÍA DE LA GENTE.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	56	54.38	26	57.77
B. DE ACUERDO	39	37.86	16	35.56
C. EN DESACUERDO	5	4.85	3	6.67
D. MUY EN DESACUERDO	3	2.91	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En relación a la pregunta 4, la cual se encuentra direccionada positivamente, Solo 8 paciente histerectomizadas respondieron estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente, representando el 7.77 %, en cambio en las mastectomizadas solo hubo 3 casos para el 6.67 %, lo que refleja que mas del 90 % en ambos grupos consideran que son capaces de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente, (**Cuadro no. 22**).

**CUADRO No. 23**  
**SIENTO QUE NO TENGO MUCHO DE LO QUE ESTAR ORGULLOSA.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	12	11.65	9	20.00
B. DE ACUERDO	21	20.39	10	22.22
C. EN DESACUERDO	34	33.01	5	11.11
D. MUY EN DESACUERDO	36	34.95	21	46.67
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En lo que corresponde a la pregunta 5, la cual se encuentra direccionada negativamente, se tienen porcentajes elevados en las pacientes que respondieron que no tienen mucho para sentirse orgullosas estando muy de acuerdo y de acuerdo con esta situación, las cifras son las siguientes: 32.04 % histerectomizadas vs. 42.22 % mastectomizadas, (**Cuadro no. 23**).

**CUADRO No. 24**  
**TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MÍ MISMA.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	50	48.54	36	80.00
B. DE ACUERDO	45	43.69	8	17.78
C. EN DESACUERDO	6	5.83	1	2.22
D. MUY EN DESACUERDO	2	1.94	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En lo que concierne a la pregunta 6, la cual se encuentra direccionada positivamente, Solo 8 paciente histerectomizadas respondieron estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con tener una actitud positiva así misma, representando el 7.77 %, en cambio en las mastectomizadas solo hubo 1 caso para el 2.22 %, (**Cuadro no. 24**).

**CUADRO No. 25**  
**EN GENERAL ESTOY SATISFECHA CONMIGO MISMA.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	48	46.60	35	77.77
B. DE ACUERDO	44	42.72	7	15.56
C. EN DESACUERDO	9	8.74	3	6.67
D. MUY EN DESACUERDO	2	1.94	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En lo que pertenece a la pregunta 7, la cual se encuentra direccionada positivamente, Solo 11 pacientes histerectomizadas respondieron estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con estar satisfechas consigo mismas, representando el 10.68 %, en cambio en las mastectomizadas solo hubo 3 casos para el 6.67 %, lo que nos traduce que mas del 80 porciento en ambos grupos respondieron positivamente, en el grupo de histerectomizadas un 46.60% refirió estar muy de acuerdo y con un 42.72% de acuerdo, en lo que respecta al grupo de mastectomizadas un 77.77 % respondió estar muy de acuerdo, (**Cuadro no. 25**).

**CUADRO No. 26**  
**ME GUSTARÍA SENTIR MÁS RESPETO POR MÍ MISMA.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	31	30.10	26	57.77
B. DE ACUERDO	36	34.94	9	20.00
C. EN DESACUERDO	18	17.48	3	6.67
D. MUY EN DESACUERDO	18	17.48	7	15.56
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En relación a la pregunta 8, la cual se encuentra direccionada negativamente, lo más destacable es el hecho de que el 34.96 % de las mujeres histerectomizadas respondieron estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con el hecho de que les gustaría sentir más respeto por ellas, en cambio en las mastectomizadas el porcentaje fue 22.22 %, (**Cuadro no. 26**).

**CUADRO No. 27**  
**HAY VECES QUE REALMENTE PIENSO QUE SOY UNA INÚTIL.**

RESPUESTA.	Histerectomizadas	%	Mastectomizadas	%
A. MUY DE ACUERDO	7	6.80	1	2.22
B. DE ACUERDO	10	9.71	5	11.11
C. EN DESACUERDO	29	28.16	6	13.33
D. MUY EN DESACUERDO	57	55.33	33	73.34
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

En lo que pertenece a la pregunta 9, la cual se encuentra direccionada negativamente lo más destacable es el hecho de que el 16.50 % de las mujeres histerectomizadas respondieron estar muy de acuerdo y de acuerdo con el hecho de que hay veces que realmente piensan que son inútiles, en cambio en las mastectomizadas el porcentaje fue 13.13 %, lo que nos refleja que presentan alguna alteración en su autoestima (**Cuadro no. 27**).

**CUADRO No. 28  
A VECES CREO QUE NO SOY BUENA PERSONA.**

<b>RESPUESTA.</b>	<b>Histerectomizadas</b>	<b>%</b>	<b>Mastectomizadas</b>	<b>%</b>
<b>A. MUY DE ACUERDO</b>	<b>9</b>	<b>8.74</b>	<b>4</b>	<b>8.89</b>
<b>B. DE ACUERDO</b>	<b>18</b>	<b>17.48</b>	<b>6</b>	<b>13.33</b>
<b>C. EN DESACUERDO</b>	<b>27</b>	<b>26.21</b>	<b>6</b>	<b>13.33</b>
<b>D. MUY EN DESACUERDO</b>	<b>49</b>	<b>47.57</b>	<b>29</b>	<b>64.45</b>
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

En lo que corresponde a la pregunta 10, la cual se encuentra direccionada negativamente Lo más destacable es el hecho de que el 26.21 % de las mujeres histerectomizadas respondieron estar muy de acuerdo y de acuerdo con el hecho de que a veces creen que no son buenas personas, en cambio en las mastectomizadas el porcentaje fue 22.22 %, lo que nos traduce que presentan algún grado de alteración en su autoestima, (**Cuadro no. 28**).

**CUADRO No. 29  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN AUTOESTIMA DE ACUERDO A  
ESCALA DE ROSENBERG**

<b>AUTOESTIMA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
<b>AUTOESTIMA ALTA O NORMAL</b>	<b>72</b>	<b>69.91</b>
<b>AUTOESTIMA MEDIA</b>	<b>21</b>	<b>20.39</b>
<b>AUTOESTIMA BAJA</b>	<b>10</b>	<b>9.70</b>
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Base de datos.**

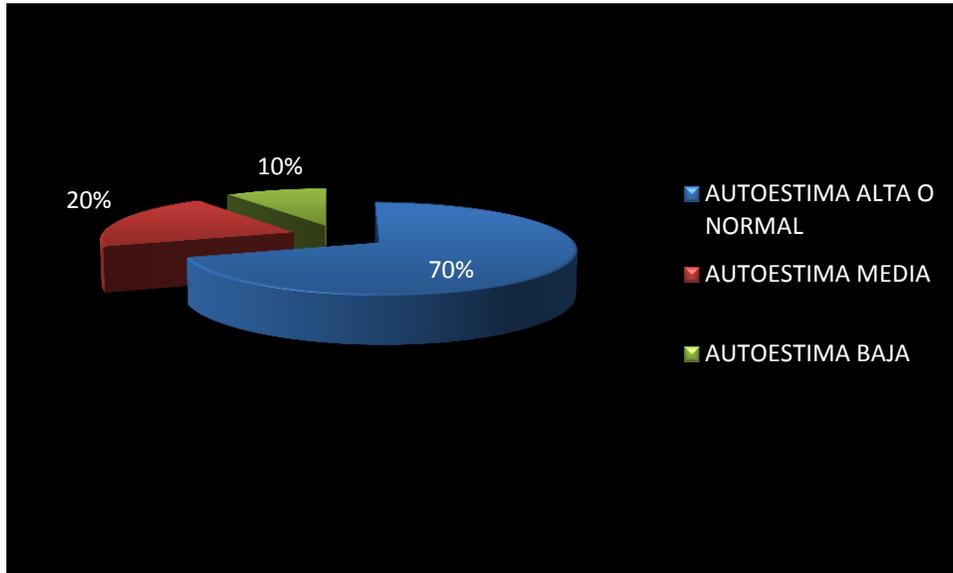
Conforme a los criterios de calificación con la escala de evaluación de la “AUTOESTIMA DE ROSENBERG” en el grupo de pacientes histerectomizadas los resultados son:

Autoestima baja (Menos de 25 puntos) = 9.70 %

Autoestima media (26-29 puntos) = 20.39%

Autoestima elevada- normal (30-40 puntos) = 69.91%

**GRAFICA No. 15 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN AUTOESTIMA DE ACUERDO A ESCALA DE ROSENBERG**



Fuente: Cuadro no. 29

**CUADRO No. 30  
PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN AUTOESTIMA DE ACUERDO A ESCALA DE ROSENBERG**

AUTOESTIMA	NÚMERO	%
AUTOESTIMA ALTA O NORMAL	38	84.44
AUTOESTIMA MEDIA	6	13.33
AUTOESTIMA BAJA	1	2.22
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos.

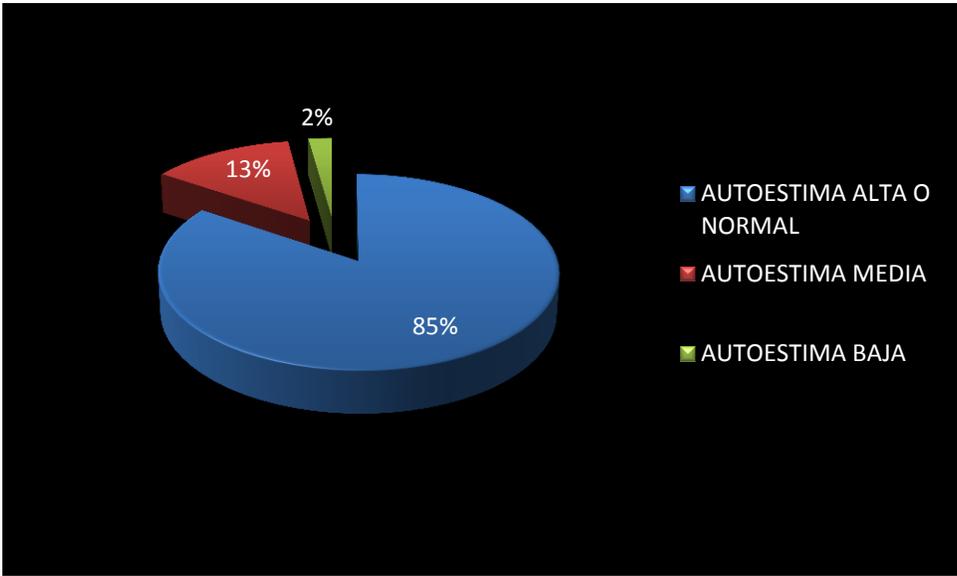
Conforme a los criterios de calificación con la escala de evaluación de la "AUTOESTIMA DE ROSENBERG" en el grupo de pacientes mastectomizadas los resultados son:

Autoestima baja (Menos de 25 puntos) = 2.22 %

Autoestima media (26-29 puntos) = 13.33%

Autoestima elevada- normal (30-40 puntos) = 84.44%

**GRAFICA No. 16**  
**PACIENTES MASTECTOMIZADAS SEGÚN AUTOESTIMA DE ACUERDO A**  
**ESCALA DE ROSENBERG**



Fuente: Cuadro no. 30

#### XIV. DISCUSIÓN.

El estudio permitió describir las características demográficas de las pacientes mastectomizadas e histerectomizadas atendidas en el HGZ UMF No.1 IMSS Pachuca y hacer la reflexión acerca del subsistema conyugal y su autoestima. Si bien el diseño del estudio tiene limitaciones para establecer causalidad, permitió determinar el grado de disfunción conyugal en la que viven y la autoestima de las pacientes mastectomizadas e histerectomizadas.

La muestra analizada consistió de 103 mujeres histerectomizadas y de 45 mujeres mastectomizadas, siendo el resumen de las edades el siguiente: Histerectomizadas.- se tiene una media de 52 años de edad, mediana de 52, moda o edad más frecuentemente observada 47 años, desviación estándar de +/- 9.8 años; las edades mínima y máxima son 32 y 84 años de edad respectivamente. El intervalo para un 95 % de confianza es: 33-----72 años de edad, ya que las edades por abajo y por arriba del intervalo establecido son mínimas. Mastectomizadas.- la serie se tiene: una media de 55 años de edad, mediana de 56, moda o edad más frecuentemente observada 68 años, desviación estándar de +/-10.22 años; las edades mínima y máxima son 29 y 78 años de edad respectivamente. El intervalo para un 95 % de confianza es: 35-----75 años de edad, ya que las edades por abajo y por arriba del intervalo establecido son mínimas.

En relación al estado civil, lo destacable es que el 85.44 %, y el 93.33 % de mujeres histerectomizadas y mastectomizadas declararon ser casadas, lo cual es un factor importante para los efectos analíticos; en el nivel de escolaridad es importante llamar la atención de que las cifras fueron heterogéneas, destacando los estudios de bachillerato y de licenciatura, con porcentajes en suma de 40.77 histerectomizadas vs, 24.45 % mastectomizadas, lo cual constituye, sumándole los estudios de secundaria un nivel educativo aceptable para una mayor credibilidad en los hallazgos detectados. Aunado a la escolaridad, se observan porcentajes similares 83.50 vs. 84.44 con un nivel socioeconómico "medio", e incluso en las mujeres de nivel socioeconómico "bajo" también las cifras son semejantes 15.53 % vs. 15.56 %.

Las variables demográficas expresan el contexto de los resultados obtenidos en relación a la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres histerectomizadas y mujeres mastectomizadas en el HGZ UMF No.1 IMSS Pachuca.

Por lo que se refiere a los años que las mujeres encuestadas declararon de vivir en matrimonio, se observan variaciones importantes en los dos grupos estudiados en función al matrimonio de 25 y más años con porcentajes de: 53.39 vs. 73.33 para una "significación" de  $P < 0.05$ , así también, en todos los rangos de años de matrimonio se observan mayores porcentajes en las mujeres histerectomizadas. Por lo que se refiere a la tipología familiar en las mujeres encuestadas, se observa que las pacientes mastectomizadas tienen un mayor porcentaje en la tipología familiar extensa: 17.48 vs. 24.44, con resultado "significativo",  $P < 0.05$ , en cambio en la tipología familiar nuclear la situación cambia, al observarse cifras del 77.67 % vs. 68.89 %.

El hallazgo más importante es el de las mujeres con cáncer cervicouterino en pacientes histerectomizadas, correspondiendo al 4.85 % de la muestra específica de 103 mujeres, y el cáncer de ovario con el 6.80 %; en suma el motivo “cáncer” es el 11.65 %; siendo evidente el cáncer de mama en las pacientes mastectomizadas. Esta situación del cáncer tiene que ver con la falta de detección oportuna, ya que la expectativa de sobrevivencia se ve reducida; por otra parte es poco el caso que se ha hecho para la detección oportuna del cáncer de ovario; esta situación son riesgos importantes y explican algunas histerectomías bien justificadas.

En relación a la evaluación de la funcionalidad familiar de acuerdo a la escala de Chavez y cols. Se desglosaron los resultados de los apartados del cuestionario, en el área de comunicación a manera muy sintética se resaltan los resultados con diferencias “significativas”: ocasionalmente la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia, siendo mayor el porcentaje en las mujeres mastectomizadas: 18.45 vs. 24.44 con  $P < 0.05$ ; en relación a la congruencia entre la comunicación verbal y la analógica, también destaca la comunicación ocasional presentándose como sigue: 31.07 histerectomizadas vs. 35.56 % mastectomizadas con  $P > 0.05$  “no significativa”. Lo anterior pudiera explicarse por la probabilidad de tener hijos que en nuestro medio aun tiene importancia para la continuidad familiar y de pareja. En el apartado de asunción y adjudicación de roles de pareja, sobresale en forma negativa la proposición NUNCA en el intercambio de roles entre la pareja, tanto en las mujeres histerectomizadas como en las mastectomizadas, siendo mayor el porcentaje en las mastectomizadas: 10.68 vs. 20.00 con  $p < 0.05$ ; lo mismo sucede en el concepto de “ocasionalmente”, 41.75 histerectomizadas vs. 40.00 % mastectomizadas  $P > 0.05$  “no significativa”. Lo anterior se puede asociar que en nuestra nación aun existe el machismo y familias tradicionales donde la mujer es la que se encarga del hogar y el hombre es el proveedor.

En relación a la satisfacción sexual, sobresale en forma negativa (NUNCA), tanto la insatisfacción por la frecuencia de las relaciones sexuales, como por la calidad de las mismas; lo anterior debido a que se registraron en base a las respuestas altos porcentajes. 22.23 histerectomizadas vs. 35.56 mastectomizadas (EN FRECUENCIA), y 24.28 vs. 37.78 (EN CALIDAD); ambas resultaron “significativas” con  $P < 0.05$ , también es importante la calificación de la respuesta (OCASIONALMENTE), para frecuencia y calidad de las relaciones sexuales: 31.07 % histerectomizadas vs. 22.22 % mastectomizadas; y 26.21 % histerectomizadas vs. 20.00 % mastectomizadas. Los rubros más impactados son “asunción y adjudicación de roles” y satisfacción sexual” lo que se refleja en las puntuaciones conyugales. Las áreas donde la funcionalidad conyugal se conservo en mayor porcentaje fueron “toma de decisiones”, “afecto” y “comunicación”, las cuales se encuentran relacionadas ya que la expresión verbal es de vital importancia.

Conforme a los criterios de calificación con la escala del subsistema conyugal de Víctor Chávez y Col., para mujeres histerectomizadas los resultados son: Pareja funcional 77.67 %, pareja moderadamente disfuncional 18.45 % y pareja severamente disfuncional 3.88 %. Para mujeres mastectomizadas los resultados son: pareja funcional 69 %, pareja moderadamente disfuncional 20% y pareja

severamente disfuncional 11 %. La disfuncionalidad conyugal es mayor en las mujeres mastectomizadas con resultado “significativo”  $P < 0.05$

La escala de evaluación del subsistema conyugal de Chávez y cols., permitió discernir entre los diferentes grados de funcionalidad conyugal, sin embargo puede existir sesgo en las respuestas debido a que se considera la relación de pareja como algo privado, y al realizar preguntas personales la intimidad puede verse violada, lo cual puede subestimar el grado de disfunción.

Conforme a los criterios de calificación con la escala de evaluación de la “AUTOESTIMA DE ROSENBERG” para mujeres histerectomizadas los resultados son: Autoestima baja 9.70 %, autoestima media 20.39% y autoestima elevada-normal 69.91%. Para mujeres mastectomizadas son: Autoestima baja 2.22 %, autoestima media 13.33% y autoestima elevada-normal 84.45%. La autoestima es mayor en las mujeres mastectomizadas con resultado “significativo”  $P < 0.05$ .

En relación a estadística nacional en estas áreas existe muy poca información solo se encontraron 2 estudios: En un estudio realizado en el IMSS Puebla (2010) se estudiaron a pacientes mastectomizadas sin reconstrucción mamaria el porcentaje de autoestima normal fue 34%. **(43)** Los resultados obtenidos en el presente estudio, no son similares a la estadística nacional ya que el porcentaje de autoestima en las pacientes mastectomizadas atendidas en el HGZ UMF No.1 IMSS Pachuca es mayor.

En relación a la evaluación del área conyugal se encontró un estudio realizado en 1994 en Monterrey, Nuevo León., en el que se evaluó áreas del subsistema conyugal en mujeres histerectomizadas : en la relación sexual con su pareja, fue referida como mala posterior a la cirugía en un 43%. En la comunicación con la pareja opinaban que su comunicación era buena en 68%, posterior a la cirugía. Respecto al afecto, el 13 por ciento cambió de manera negativa posterior a la cirugía, ya que del 79 por ciento que consideraban que el afecto con su pareja era bueno, después de la histerectomía disminuyó a 66 por ciento; del 13 por ciento que señalaron cambio negativo posterior a la cirugía, el 10 por ciento la consideran como regular y el tres por ciento como mala.**(44)** En relación a nuestro estudio el 54.37% presentan disfunción en el apartado de satisfacción sexual, en comunicación el 62.1% es funcional, y en lo que corresponde a afecto el 66.99% es funcional. En relación a la evaluación del subsistema conyugal en mujeres histerectomizadas concluimos que en las áreas de satisfacción sexual, comunicación y afecto los resultados son similares a la estadística nacional existente.

Resulta interesante el haber descubierto que en el aspecto conyugal tomando en cuenta las variables seleccionadas, y en lo general, las mujeres mastectomizadas tienen un mayor problema con su pareja calificándose como “disfuncional”, no así en la autoestima, en que las mujeres histerectomizadas tienen más problema. La información obtenida puede ser utilizada para estructurar intervenciones de médicos familiares y psicológicas con estrategias individuales y familiares.

## **XV. CONCLUSIONES**

En nuestro estudio en el aspecto conyugal las mujeres mastectomizadas tienen mayor problema hasta el 31 % presenta algún grado de disfuncionalidad conyugal, no así en la autoestima, en que las mujeres histerectomizadas tienen más problema hasta un 30.09 % presenta alteración en su autoestima. Los procedimientos quirúrgicos de mastectomía e histerectomía son un factor determinante para presentar disfunción conyugal y alteración en la autoestima.

## XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta GJ, Medicina Familiar, La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfíl. 2005; 9-14
2. Anzures CR, Chávez AV, García PM, et al. Medicina familiar. México DF. Corinter. 2008; 214-216
3. Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, et al. Familia Introducción al estudio de sus elementos. México DF. Editores de Textos Mexicanos. 2008; 73-85
4. González GJ. **La familia como sistema**. *Revista Papeña de Medicina Familiar*. 2007; 4: 111-114
5. Herrera SP. **Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos**. *Humanidades Médicas*. 2012; 12: 184-191
6. Díaz M. **Funcionalidad conyugal y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes mellitus Tipo 2 en la UMF No. 32 de Pachuca Hidalgo**. Pachuca, Hgo. 200- 2011; Tesis No. 238 IMSS
7. Cabrera A, Ferraz R. **Impacto del cáncer en la dinámica familiar**. *Revista Biomedicina. Medicina familiar y Comunitaria*. 2011; 6: 42-48
8. Llanes CA, Torres FI, Barrientos GC, et al. **El cáncer cervicouterino, enemigo número uno de la salud de la mujer**. *Revista electrónica Medicina, Salud y sociedad*, 2011; 1: 1-15
9. Molina VC, Hernández LO, Sarquis AZ. Et al. **Patrón de personalidad tipo C y su relación con el cáncer de mama y cervico-uterino**. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2009; 12: 171-187
10. Elias S, Contreras Á, Llanque C. **Cáncer o carcinoma de mama**. *Rev. Papeña Med Fam*. 2008; 5:14-23
11. Programa de acción específico 2007- 2012 Cáncer de Mama. Secretaria de salud. México. 2008.
12. Martínez PM, Flores TC, Sánchez BC, et al. **Seguimiento en pacientes con cáncer de mama después del tratamiento multimodal**. *GinecolObstetMex*. 2008; 76:107-112
13. Norma oficial Mexicana NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer de mama.
14. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México, junio 2011.
15. Ariraldia M. **Sexualidad y relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas de una muestra Paraguaya**. *Eureka*. 2010; 7: 142-161
16. Ospino R, Cendales R, Cifuentes J, et al. **Supervivencia en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratadas con radioterapia posterior a mastectomía en el Instituto Nacional de Cancerología**. *Revista colombiana de cancerología*. 2010; 14: 210-224
17. García AJ, Domínguez LM. **Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama**. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*. 2010; 16:125-139

18. Morales OJ, Rodríguez SA, Sosa JF, et al. **Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes pos mastectomía por cáncer de mama.** *Cirugía plástica.* 2010; 20: 73-77
19. Medina FH, FACS. **Avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.** *Revista Medigraphic.* 2011; 33: 35-38
20. Rincón FM, Pérez SM, Borda MM, et al. **Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama.** *Universitas Psicológica.* 2012; 1: 25-41
21. Fernández GM. **Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica.** *Interpsiquis.* 2009; 1
22. Herrero O, Rodríguez E, Botella L, et al. **Percepción de las pacientes con cáncer de mama.** *Análisis y Análisis y Modificación de Conducta.* 2010; 36: 43-62
23. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer cervicouterino. Consejo de Salubridad General
24. Norma Oficial Mexicana NOM- 014- SSA21994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico- uterino
25. Chavero VN, Arroyo HG, Felipe AL, et al. **Cáncer cervicouterino.** *Anales de Radiología México.* 2009; 61:61- 79
26. Grupo de expertos de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. **La carga del cáncer cervicouterino y la infección por el virus del papiloma humano en México y en el Mundo.** *Ginecología y obstetricia de México.* 2011; 79:788-793
27. Secretaria de Salud / Dirección General de Información en salud.
28. Tovar GV, Ortiz CF, Jiménez GF, et al. **Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México (1980-2004).** *Revista de la Facultad de Medicina UNAM.* 2008; 51:47-51
29. MeletA .**Cáncer de cuello uterino sexualidad y problemas emocionales.** *Revista Venezolana oncología.* 2011; 22:265-267
30. Guía de Referencia Rápida indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en el segundo nivel de atención. Consejo de salubridad general.
31. Morales EA, Huerta FM, Páramo CD .**El auto concepto de mujeres sometidas a histerectomía.** *Revistas del hospital Materno Infantil Ramón Sarda.* 2010; 29: 23-27
32. Akiko KH, Herrmann FP, Silva MD, et al. **Histerectomía y vivencia de la sexualidad.** *Índex de Enfermería.* 2007; 16
33. Reveles VJ, Villegas RG, Hernández HS, et al. **Histerectomía obstétrica: incidencia, indicadores y complicaciones.** *Ginecología y obstetricia de México.* 2008; 76:156- 160
34. Cuamatzi PM, Villela MM .**Significado de la histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural.** *Revista CONAMED, suplemento de enfermería.* 2009; 14:11-14

35. Baabel ZN, Urdaneta MJ, Contreras BA. **Función sexual auto informada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica.** REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; 76: 220 - 229
36. Martínez RM, Bustos LH, Ayala YR, et al. **Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supra cervical por vía laparoscópica.** *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.* 2010; 75: 247-252
37. González LI. **Sexualidad femenina e histerectomía.** *Trabajo de revisión. La Habana Cuba.* 2008; 1-5
38. Castillo DZ, Gómez DI, Guerra MV, et al. **El apoyo familiar y la autovaloración en la sobrevida del paciente con cáncer de mama.** *Medicentro.* 2011; 15: 13-18
39. Salaberria, K, Rodríguez S, Cruz S. **Percepción de la imagen corporal.** *Osasunaz,* 2007; 8: 171-183
40. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, (3ª edición). México DF: Medicina Familiar Mexicana. 2006
41. Góngora VC, Casullo MM. **Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la ciudad de Buenos Aires.** *RIDEP.* 2009; 27: 179-194
42. García AJ, Domínguez LM. **Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama.** *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría.* 2010; 16:125-139
43. Morales OJM, Rodríguez SA, Sosa JF, et al. **Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama.** *Cir Plast* 2010; 20:73-77
44. López EJ. **Aspectos sociales que influyen en la capacidad de autocuidado de mujeres con histerectomía.** Tesis Universidad Autónoma de Nuevo León de la facultad de enfermería. 1995

# **XVII. ANEXOS**

## CRONOGRAMA DE GANT:

ACTIVIDAD	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JULIO 2012 A MARZO 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGOS 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013
ELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACION																
REALIZADO																
REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA																
REALIZADO																
ELABORACION DEL PROTOCOLO																
REALIZADO																
CORRECCION DEL PROTOCOLO POR ASESOR Y TUTOR																
REALIZADO																
PRESENTACION AL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION																
REALIZADO																
CORRECCIONES EN BASE EN OBSERVACION DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION																
REALIZADO																
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO																
REALIZADO																
CAPTURA EN BASE DE DATOS																
REALIZADO																
ANALISIS DE RESULTADOS																
REALIZADO																
DISCUSION DE RESULTADOS OBSERVADOS																
REALIZADO																
CONCLUSIONES																
REALIZADO																
PRESENTACION DE TESIS																
REALIZADO																



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS  
DE INVESTIGACION  
(ADULTOS)  
FOLIO NO. \_\_\_\_\_**

Nombre del estudio:	“AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS O HISTERECTOMIZADAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”.
Patrocinador externo (si aplica):	No cuenta con patrocinador externo
Lugar y fecha:	Pachuca Hidalgo a aplicarse en HGZ UMFNo.1 junio- septiembre 2013
Número de registro:	Registro Número: R-2013 1201-9
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la autoestima y la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas o hysterectomizadas en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 del IMSS en Pachuca.
Procedimientos:	En caso de aceptar participar en el estudio a usted se le aplicarán dos cuestionarios validados y un cuestionario de aspectos socio demográfico. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Su colaboración es estrictamente voluntaria. Los resultados obtenidos del presente trabajo tendrán completamente un trato académico, y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; por lo que le pedimos su participación y colaboración.
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo. Molestias: tomará unos minutos de su tiempo para contestar los cuestionarios e incomodidad por compartir su vivencia del proceso salud enfermedad y repercusiones en su autoestima y subsistema conyugal, de manera anónima.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Este estudio permitirá evaluar la autoestima y subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas e hysterectomizadas y permitirá que en un futuro, otros profesionales de la salud puedan beneficiarse del conocimiento obtenido, aplicándolo en su consulta diaria para evitar que mujeres mastectomizadas e hysterectomizadas, se vean afectadas en su autoestima y/o subsistema conyugal.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término del estudio podremos conocer la autoestima y funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres mastectomizadas e hysterectomizadas y con ello en un futuro poder otorgar terapia individual o de pareja.
Participación o retiro:	Su participación será voluntaria, y podrá retirarse, en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que usted proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Este estudio permitirá que en un futuro, otros profesionales de la salud puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Estrella Elizabeth Pasten López. Colaboradores: Dra. Gabriela García Laguna Dra. Alberta Peña Lozada.
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 4º 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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1

“AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES  
MASTECTOMIZADAS O HISTERECTOMIZADAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (ANEXO No.2)

FOLIO \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Conteste las siguientes preguntas.

1. Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Número de seguridad social: \_\_\_\_\_
3. Edad \_\_\_\_\_
4. Estado civil. (Subraye la respuesta que corresponda)
  - a. Casada
  - b. Unión libre
5. Escolaridad (subraye la respuesta que corresponda)
  - a) analfabeta
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Bachillerato
  - e) Licenciatura
6. Nivel socioeconómico (subraye la respuesta que corresponda)
  - a) Bajo
  - b) Medio
  - c) Superior
7. Edad de matrimonio (tiempo transcurrido de la unión con su esposo) subraye la respuesta que corresponda.
  - a) 1 a 5 años
  - b) 6 a 10 años
  - c) 11 a 15 años
  - d) 16 a 20 años
  - e) 21 a 25 años
  - f) Más de 25 años
8. Tipología familiar (subraye la respuesta que corresponda)
  - ◆ Nuclear (papá, mamá e hijos)
  - ◆ Extensa (papá, mamá, hijos y algún familiar)
  - ◆ Extensa Compuesta (papá, mamá, algún familiar y alguna otra persona sin parentesco)
9. Tipo de procedimiento quirúrgico al que fue sometida (subraye la respuesta que corresponda)
  - a) Mastectomía
  - b) Histerectomía
10. Tiempo transcurrido del procedimiento quirúrgico (subraye la respuesta que corresponda)
  - a) 1 a 5 años
  - b) 6 a 10 años
  - c) 11 a 15 años
  - d) 16 a 20 años
  - e) 21 a 25 años
  - f) Más de 25 años
11. Motivo por el cual se realizó el procedimiento quirúrgico (anote la respuesta en la línea)  
\_\_\_\_\_



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1**

**“AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES  
MASTECTOMIZADAS O HISTERECTOMIZADAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO  
NIVEL”.**

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (ANEXO No.3)  
FOLIO \_\_\_\_\_**

**ESCALA DEL SUBSISTEMA CONYUGAL**

**INSTRUCCIONES:** En el siguiente cuadro se encuentran algunas preguntas de acuerdo a las funciones conyugales, en el extremo de la derecha se encuentran tres opciones como respuesta, maque con una X solo una respuesta para cada una de las preguntas.

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1**

**“AUTOESTIMA Y FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES  
MASTECTOMIZADAS O HISTERECTOMIZADAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO  
NIVEL”.**

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (ANEXO No.4)**

FOLIO: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

**INSTRUCCIONES:** Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

<b>FRASES</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencida que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo /a				
5. En general estoy satisfecho/ a conmigo mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/ a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado /a				
8. Me gustaría sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10 A veces creo que no soy buena persona				