



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 CON MEDICINA FAMILIAR
“EMILIO VARELA LUJAN” D ELEGACIÓN ZACATECAS

TÍTULO DEL TRABAJO

**“DINÁMICA FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
CÁNCER DE MAMA CON MARCADOR TUMORAL HER2NEU POSITIVO Y NEGATIVO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ANA MA. CHAVEZ HERNANDEZ

ASESORES: Dr. Raymundo Fernández Orozco

Dra. Maria Del Carmen Fraire Galindo

Dra. Elma Ivonne Sotelo Ham

Zacatecas, Zacatecas, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“DINÁMICA FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA CON MARCADOR TUMORAL HER2NEU POSITIVO Y NEGATIVO”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ANA MA. CHAVEZ HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EM ZACATECAS.

ASESORA. DE MEDICINA FAMILIA.

DRA. MA DEL CARMEN FRAIRE GALINDO.....

ASESOR CLINICO:

DR. RAYMUNDO FERNANDEZ OROZCO.....

ONCÓLOGO CLINICO DE LA DELEGACION ZACATECAS

ASESOR METODOLOGICO

DRA ELMA IVONNE SOTELO HAM.....

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ZACATECAS

DR. JOSE ARMANDO PEREZ RAMIREZ.....

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN

ZACATECAS, ZACATECAS, 2008

“DINÁMICA FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA CON MARCADOR TUMORAL HER2NEU POSITIVO Y NEGATIVO”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ANA MA. CHAVEZ HERNANDEZ

AUTORIZACIONES

U N A M:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

DR. FELIPE DE JESUS PEDROZA GARCIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

ZACATECAS, ZACATECAS 2008

ÍNDICE GENERAL

1.- ANTECEDENTES	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
3.-PREGUNTA DE INVESTIGACION	31
4- JUSTIFICACION	32
5.- OBJETIVOS	34
5.1.- Objetivo General	
5.2.- Objetivos Específicos	
6.- METODOLOGIA	35
6.1 Tipo de Estudio	35
6.2 Población de estudio	35
6.3 Tipo de Muestra	35
6.4 Criterios de selección	36
6.4.1 Criterios de inclusión	36
6.4.2 Criterios de eliminación	36

6.4.3 Criterios de exclusión	36
6.6 Variables a recolectar	37
6.8 Procedimientos para captar la información	41
8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
9- RESULTADOS	43
9.1. Análisis estadísticos de los resultados	
9.2 Cuadros y graficas.	
10.- DISCUSIÓN	62
11.- CONCLUSIONES	67
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69
13.- ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

FAMILIA Y CÁNCER DE MAMA

La familia resulta importante en el estudio del cáncer de mama, ya que la medicina familiar tiene como objeto de estudio la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud enfermedad. La enfermedad que sufre un individuo puede afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, del mismo modo que el grupo familiar influye en la salud de sus integrantes. El entorno de las características físicas, familiares, emocionales y sociales de las pacientes no deben ser consideradas separadamente, ya que no existen estados patológicos que carezcan de estas implicaciones.¹

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, según la OMS, son los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado, por consanguineidad, adopción, o matrimonio. Hablar de familia en la actualidad requiere pensar que no sólo nos referimos a la unión legal entre un hombre y una mujer para toda la vida, tener hijos y educarlos.²

En su concepción más amplia se contemplan los vínculos afectivos, consanguíneos, y cohabitacionales, donde a su vez existen familias formadas por grupos pequeños desde matrimonios sin hijos u otros más extensos, donde conviven tres generaciones o más, tampoco se puede decir que una unión que no sea legal como madres solteras, segundos matrimonios con hijos de anteriores relaciones o una pareja homosexual no sean familia.

La familia constituye tanto un fenómeno histórico como social y cultural por lo que se puede decir que la concepción de familia ha variado a través del tiempo, y tiene diferentes connotaciones según diversas culturas, lo que indica que existen distintos tipos de familia, que engloban grupos familiares relacionados entre si, cada persona es miembro de dos familias una de origen, y la segunda de procreación.

La familia es el sistema básico de cuidado y protección y el reflejo de ansiedad y miedo del paciente y de cada uno de los miembros de la familia de la misma manera que el paciente es parte integral de la unidad de la familia, la familia es producto integral dentro de su contexto cultural, social, e histórico, el desafío impuesto a la psico-oncología³ es realzar los factores protectores de la familia, ayudando a identificar el propio sentido de control, identificar y reducir los factores de riesgo y tratar de alcanzar un funcionamiento mas equilibrado y adaptativo a la calidad de vida esto es lo que refleja y amalgama la calidad de vida de cada familia y de cada miembro en particular.⁴

Clasificación: Según su conformación los tipos de familia se clasifican en:

La Familia Nuclear.- Constituida o formada por la pareja con o sin hijos, lazos legítimos y viven bajo el mismo techo.

La Familia Seminuclear o Monoparental.- Uniparental es la formada por un solo padre.

La Familia Extensa.- Mantienen el vínculo generacional en el mismo hogar donde viven 2 generaciones o más.

La Familia Compuesta o Ampliada.- Es cualquiera de los tipos anteriores que incluyen además a otros miembros de la familia sin nexos consanguíneos ni de filiación.

La Familia Múltiple.- Esta compuesta por dos o mas familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo, haya o no.

La Familia Extensa Modificada, hace referencia al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua,

La Familia Interrumpida.- Ocurre por separación o divorcio de los padres.

La Familia Contraída.- Es la que se da por la muerte de uno de sus miembros, se convierte en una monoparental.

La Familia Reconstituida.- Reestructurada, también se le llama binuclear, es la conformada por una pareja en donde ambos o uno de los cónyuges a tenido una unión previa con hijos independientemente de los que conciben juntos. Tus hijos, mis hijos y los nuestros.⁵

Dinámica familiar. Es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que está atravesando, es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas determinantes en el buen o mal funcionamiento de este sistema al cual se atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas de acuerdo con la etapa del ciclo vital⁶ en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo, y aunque los hijos no presentan trastornos de conducta, si existen aspectos de ambivalencia con sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro con respecto a otro.

Es decir que la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entra cada miembro de la misma que les permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y les infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.⁷

El estudio de la dinámica familiar, desde el punto de vista de la teoría de los sistemas, nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes y de los diferentes elementos psicosociales en constante cambio que la componen al interrelacionarse entre sí produciendo una organización y crecimiento, pudiendo definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia.⁸

En todas las familias hay conflictos, La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa. El modelo de funcionamiento familiar de Mac-máster⁹ proporciona una descripción clara de lo que es una familia normal por medio de sus seis dimensiones: resolución de comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y de control de conducta.¹⁰

La “familia funcional” es justamente la que logra una dinámica de crecimiento y sostén de acuerdo a sus posibilidades para que sus miembros crezcan biológica, psíquica y espiritualmente. La funcionalidad no se da a partir de modelos rígidos o meramente sostenidos en la tradición ya que muchas veces las funciones se cumplen a pesar de no estar la familia encuadrada dentro de los cánones de una familia típica

Por el contrario en una “familia disfuncional”, los miembros no cumplen con sus responsabilidades personales, la comunicación no fluye, no se proporciona afecto y a veces no hay el mínimo respeto entre ellos. ¹¹

Dinámica familiar en situaciones de crisis. Las crisis pueden ser entendidas como la oportunidad de hacer cambios lo cual no implica que sean negativas necesariamente, producen transformaciones adaptativas ligadas a los cambios del entorno y a los del desarrollo del grupo familiar, el sistema debe de mostrar ajustes reorganizando los papeles que cada uno desempeña y adaptando las reglas a las edades de los integrantes.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.

Una **Crisis** es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere de una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. Las situaciones de crisis deben ser reconocidas y validadas por la familia como problemas a fin de que puedan ser resueltas favorablemente.

Los eventos críticos pueden asociarse con pérdidas, cambios, problemas interpersonales o conflictos internos que pueden ser de dos tipos:

“**Las Crisis Normativas**” son las predecibles y relacionadas con el ciclo vital familiar.

Las Crisis Paranormativas: son experiencias adversas o inesperadas provenientes del exterior como divorcio, alcoholismo, enfermedades graves o accidentes como las crónico-degenerativas y oncológicas, además de factores económicos, laborales, legales o de migración.¹²

Dentro de estas últimas se encuentra el diagnóstico de cáncer en general, debido a su asociación con la muerte y a lo traumático de sus tratamientos, el cáncer de mama en particular afecta a la mujer y su familia, pero si ésta tiene esposo e hijos, sobre todo, pequeños que dependen de ella, la crisis es mucho mayor.

Debido a ello, en la actualidad se reconoce que la enfermedad del cáncer de mama afecta psicológicamente a la paciente y a su familia en sus emociones, creencias, y conductas individuales, que influyen en la adaptación y ajuste durante la trayectoria de la enfermedad.

Existen conceptos universales sobre la experiencia emocional del cáncer como: la sensación de ambigüedad, pérdida del control, incertidumbre, cada persona trae su enfermedad su historia y un proceso de experiencias pasadas propias a su entorno más cercano, la Psico-oncología¹³ abarca dos dimensiones: el impacto psicológico frente al diagnóstico, el funcionamiento interactivo del paciente-familia y el equipo de salud. Así como el rol de los factores psicológicos, conductuales, y cognitivos que hay en la supervivencia del cáncer, el contexto socio-cultural, religioso, médico, grado de la enfermedad, tratamiento, tipo de cáncer, el contexto psicológico individual, interpersonal-familia, amigos, trabajo y la imagen de sí mismo que se tiene.¹⁴

Los trastornos emocionales más frecuentes tras el diagnóstico de cáncer de mama es la aceptación de una nueva realidad, incertidumbre, sensación de injusticia, pena, miedo a la dependencia, al abandono, enojo, pérdida de la imagen de sí mismo, aumento de la depresión en etapa avanzada del cáncer, ansiedad, y la amenaza de separarse de los miembros de su familia tanto física como emocionalmente.

El cáncer desarrolla su propio ritmo al cual las familias deben ajustar sus pasos, una dimensión del cambio se revela en la confusión y aprendizaje de nuevos roles de cada miembro de la familia, las cuales caen en el agotamiento físico, mental, trastornos del sueño, conflictos no resueltos, dolor anticipado, depresión, las familias son vistas entonces como pacientes de segundo orden.¹⁵

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se determina como: la calidad de la vivencia que tienen los sujetos, es una referencia compleja al bienestar, la O.M.S. a propuesto”: No sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental y social”. Todo ello nos lleva a conceptualizar la calidad de vida como una adaptación entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades, necesidades, del individuo tal como las percibe el mismo y su grupo social.¹⁶

El término **calidad de vida** comienza a utilizarse entrados los años sesenta la OCDE (*La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del cáncer*) que estableció por primera vez en 1970, la necesidad de crear mejores condiciones de vida.

Para el Institute National Of Cancer (INC), en EEUU, la calidad de vida es el aprovechamiento general de la vida, muchos estudios han evaluado la calidad de vida en pacientes con cáncer, donde se enfocan en sentido personal y su capacidad de llevar a cabo diversas actividades.¹⁷

Las intervenciones psicológicas encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad oncológica pueden influir en la posibilidad de aumentar su supervivencia, mejora su nivel funcional, su estado físico, psicológico, sus relaciones sexuales y en general su calidad de vida, además del afrontamiento de la enfermedad.¹⁸

El diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento, son un acontecimiento vital estresante que produce en las pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento de su calidad de vida; posterior al diagnóstico se produce un empeoramiento en la relación conyugal que se manifiesta en una disminución de consenso, satisfacción y expresión emocional del cónyuge a la vez que aumenta el grado de cohesión; el ajuste del cónyuge se realiza en el transcurso del primer mes.¹⁹

El alcance psicológico de este problema está matizado por la connotación social que tiene, el temor que genera y que depende de la vivencia personal y la falta de control de la enfermedad, donde el diagnóstico genera imagen de soledad y desamparo.

Por el valor de la mama como órgano sexual y las afecciones frecuentes que se describen en la esfera de la vida sexual, las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama afrontan una crisis paranormativa, por ser considerada de las afecciones en la esfera psico-sexual.^{20, 21}

Un diagnóstico de cáncer representa muchos retos para la paciente y su familia, la primera pregunta que con frecuencia se hace una persona que ha sido diagnosticada es: ¿que fue lo que hice? O ¿por qué yo? Algunas pacientes tienen pensamientos frecuentes de que están siendo castigadas por algo que hicieron en el pasado, o sienten temor a morir.

Las personas diagnosticadas con cáncer necesitan tiempo para ajustarse a la noticia, pensar qué es lo más importante para sus vidas y buscar apoyo en sus seres queridos, es un periodo difícil en el que hay muchas emociones, sentimientos como incredulidad, impacto, temor e ira.

No solo se altera el cuerpo sino el estilo de vida de cada persona, lleva al paciente y a sus familiares a emociones tan intensas como cuando se vive un duelo, cada quien afronta de forma particular el diagnóstico de acuerdo a sus características de personalidad, estilos de afrontamiento, estrés psico-social, intensidad y forma de manejar la ansiedad y depresión, según el apoyo social y afectivo que reciban, las personas sienten aflicción por que ya no son saludables y por la pérdida de su seguridad en la vida, las funciones y rutinas de la familia cambian, el cáncer afecta a toda la familia aun en las mas unidas, los familiares a veces resienten cuando un miembro está enfermo y no puede cumplir con sus responsabilidades, se sienten afectados por la enfermedad. Si no tiene pareja al momento de ser diagnosticada podría tener dudas acerca de cómo y cuando comunicárselo a una nueva pareja.

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes, se ha estudiado extensamente abarcando inclusive aspectos físicos y psicológicos, los rasgos analizados son la represión emocional, rasgos depresivos, dificultad para expresar sus emociones y la alteración de la imagen corporal, generalmente la ansiedad emerge en forma muy intensa mientras se espera el diagnóstico o el resultado de la biopsia antes de someterse a procedimientos difíciles y dolorosos.

Tanto el paciente como la familia requieren de atención, cada uno de los integrantes necesita apoyo para asumir sus tareas y desempeñar un rol activo en el cuidado físico y emocional de la paciente, es necesario que mantenga un equilibrio enfrentando sus propios temores y ayudando a mantener la dinámica familiar, la calidad del soporte de la pareja de la paciente es un factor critico para el bienestar psicológico de la mujer y para que se logre la menor alteración posible en la comunicación, afectividad y sexualidad.^{22, 23}

Los matrimonios de las enfermas de cáncer de mama, permanecen en una situación de riesgo cuando el nivel de cohesión de la familia es bajo. Las estructuras familiares de carácter más rígido inciden en forma negativa en el estado emocional de la enferma de cáncer de mama, el funcionamiento familiar influye modifica o facilita la adaptación psicológica a la enfermedad por los pacientes, ya que éste produce un

empeoramiento en el funcionamiento de la relación conyugal, que consta de una disminución de la satisfacción en el matrimonio aunque paradójicamente aumenta la cohesión, permanecen más cercanos a la vez que produce tensión. El funcionamiento de la familia se afecta en la cohesión familiar, adaptabilidad o flexibilidad, características fundamentales que influyen en el proceso de adaptación de la paciente a la enfermedad; tras el diagnóstico se comprueba un aumento de la cohesión de la familia que dura todo el proceso y al mismo tiempo se produce una disminución de la flexibilidad, de la adaptabilidad de la familia cuyo carácter se torna cada vez más rígido, las relaciones entre los miembros de la familia se vuelven menos flexibles, es una reacción desadaptativa, la flexibilidad disminuye progresivamente.

Las familias más rígidas son las que peor funcionan cuando se diagnostica cáncer, mientras que son las familias excesivamente flexibles las que presentan peores niveles de adaptación psicológica y de depresión. Al diagnosticarse el cáncer el nivel de cohesión familiar incide directamente en el funcionamiento de la familia y principalmente en el matrimonio. En las familias muy desligadas se considera de alto riesgo un diagnóstico de cáncer, se puede alterar o disolver el matrimonio²⁴.

El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales, y culturales de la dinámica familiar, afecta por largos periodos de tiempo, la confrontación del diagnóstico de cáncer o su reaparición crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas, ciertas familias tienen una base más vulnerable, a la desesperación, ambigüedad, pérdida del control, disfunción y conflictos entre los miembros de la familia se puede describir como el proceso de ajuste frente al cáncer como un proceso continuo de un ciclo de cambios inesperados e incontrolados, la variabilidad en el impacto psicosocial de la enfermedad está arraigada directamente en las características psicológicas anteriores a la enfermedad, los miembros de la familia de pacientes con cáncer también sufren de ansiedad, depresión, agotamiento, resentimiento, trastornos del sueño,

trastornos alimentarios, sentido penetrante de desamparo, y miedos reales o fantaseados al cáncer y su tratamiento.

CANCER

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por una alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, lo que conduce a la expansión de una clona capaz de invadir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes. Por lo regular, este trastorno conduce a la muerte debido al deterioro de órganos vitales.²⁵

El **cáncer de mama** constituye una proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad de los ciclos celulares que corresponden a los distintos tejidos que conforman la glándula mamaria.

El término de cáncer deriva del vocablo latino *cáncer* y su diminutivo *cancriculus* que significa cangrejo, la analogía del término está basada en la capacidad de presión y fijación de los crustáceos a lo que los rodea. Los cánceres o carcinomas de mama suponen más del 90% de los tumores malignos de las mamas, sin embargo al menos nueve de cada diez tumores o bultos de las mamas no son malignos.²⁶

En medicina el cáncer de mama se conoce con el nombre de **carcinoma de mama** que pueden presentarse a casi cualquier edad de la vida pero son más frecuentes en las mujeres mayores. Suelen escasear en las mujeres menores de cuarenta años y son raros en las menores de treinta. Del total de los carcinomas de mama, menos del uno por ciento ocurren en varones. En el desarrollo de la mayoría de los casos tienen un papel fundamental las hormonas, en especial los estrógenos.

En cuanto al órgano, la mama es una glándula especialmente preparada para la producción y secreción de la leche con finalidad nutricia para las crías. En este sentido la

presencia de este órgano es tan importante que permite la clasificación de sus portadores como mamíferos.

Si la función única de la mama femenina fuera la lactancia como sucede en el resto de mamíferos sus enfermedades tendrían sin duda mucha menos trascendencia de la que tienen. Sin embargo, para la raza humana los senos cumplen un papel fisiológico y otras múltiples funciones culturales dentro de la sexualidad femenina y masculina. Como zona erógena su participación en las relaciones sexuales es importante, además de prácticas sexuales centradas en las mamas, como la masturbación y fetichismo de los senos.²⁷

La mama simboliza feminidad, estética y belleza Y también puede simbolizar sufrimiento por las enfermedades que en ella se pueden asentar como se demuestra en el martirio de Santa Agueda²⁸ tantas veces reproducido en el arte o incluso en la muerte de Cleopatra, representa sin duda un órgano erótico y estético. Este erotismo trata de destacarlo la moda variable a través de los tiempos.²⁹

La mama está conformada casi en su totalidad por tejido adiposo, la que tiene funciones estructurales y de sostén y contribuye a proporcionar atractivo sexual a la mujer, pero en absoluto a la lactación. De hecho, varios estudios demuestran que mujeres que han sido sometidas a una mastectomía total, presentan disminución en el interés sexual.³⁰

En los medios populares de comunicación esencialmente la televisión, el cine, o los modelos de mujeres atractivas, el tamaño de los senos de las mujeres presentadas o presentadoras (cuyo papel es en parte objeto de deseo sexual), son por lo general de tamaño grande, lo que ha favorecido el mercado de los implantes para mujeres que sienten que sus senos no son lo suficientemente grandes para cumplir con dicho parámetro.

De ahí no sólo la importancia física y fisiológica de las mamas sino la trascendencia cultural y psicológica con serias repercusiones en la calidad de vida de las pacientes y de

su entorno familiar, debido a ello, el diagnóstico de cáncer de mama tiene serias repercusiones.

El cáncer de mama constituye además un problema de salud pública, y su distribución geográfica está correlacionada de manera directa con un alto nivel de desarrollo económico e industrial de las comunidades, por lo que tiene mayor incidencia en poblaciones urbanas.

En la actualidad al cáncer de mama corresponde de un 20 a 25% de todos los casos de enfermedad en la mujer y contribuye con un 15-20% de la mortalidad en la población general de México, y de un 2 a 5% de las defunciones por cualquier causa en el mundo occidental.

Por las razones mencionadas, el diagnóstico de cáncer en sí mismo produce un gran impacto, tanto en el propio paciente como en su familia, además de la relación que tiene con la muerte, lo que se agrava cuando el marcador her2neu es positivo, ya que en estos casos se presenta: resistencia a los tratamientos, metástasis y segundos cánceres, que provocan disminución en los años de sobrevivencia, además de deteriorar la calidad de vida de la enferma, su familia y su entorno.

Para la Delegación Zacatecas del IMSS, el problema de cáncer de mama se concentra en alta demanda de consultas otorgadas por el médico familiar, y los abundantes tratamientos en los servicios de Oncología Quirúrgica y Clínica para cirugías, quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia, hasta las estadías prolongadas de internamiento hospitalario, que dan un alto costo por día cama de ocupación. Además de los costos por traslados de las pacientes y sus familiares a otras unidades de especialidad para efectuar el tratamiento.

Debido a lo anterior se realizó la presente investigación que tuvo como objetivo general identificar y comparar la calidad de vida de la paciente y el impacto en la dinámica

familiar de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama her2Neu positivo, en comparación con las de diagnóstico negativo.

1.- ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes de este estudio, las investigaciones han mostrado que el cáncer de mama es cinco veces más frecuente en occidentales que en orientales, donde sobresalen las mujeres estadounidenses seguidas por las de raza negra, hawaianas y latinoamericanas. Tiene relevancia a nivel mundial, porque debido a esta enfermedad se diagnostican un poco más de un millón de mujeres al año, y contribuye con 412,000 defunciones para un periodo similar, y afecta 8 de cada 15 mujeres a lo largo de su vida.

Según el Informe Mundial sobre el Cáncer,³¹ el análisis de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo.

En el año 2000, los tumores malignos ocuparon el 12% de los casi 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo por todas las causas. En muchos países, más de una cuarta parte de las muertes son atribuibles al cáncer. En el año 2000, 5,3 millones de hombres y 4,7 millones de mujeres presentaron tumores malignos y, en conjunto, 6,2 millones murieron por esta enfermedad. El informe mencionado también revela que el cáncer ha pasado a ser un importante problema de salud pública en los países en desarrollo, igualando el efecto que tiene en los países industrializados, pues la incidencia aumentará de manera alarmante.³²

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), partiendo de que las enfermedades crónicas son la causa principal de muerte en todos los países de las Américas. Ha diseñado una nueva estrategia para abordar lo que considera una nueva epidemia. Es una estrategia integral, que requiere una combinación de intervenciones para la población y para los individuos. Con enfoque de prevención y control focalizadas en las principales enfermedades crónicas y los factores de riesgo comunes, y es intersectorial, porque considera que la mayoría de los determinantes principales de la carga de morbilidad crónica se encuentran fuera del sector de la salud.³³

Con base en el hecho de que el cáncer de mama es la causa más común de cáncer relacionada con tasas altas de mortalidad femenina en los países de bajos recursos; a pesar de los avances científicos en estos temas, la mayoría del mundo enfrenta la situación económica de recursos constreñidos, que limitan la capacidad de mejorar la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento. Esta misma Institución OPS/OMS propuso para enfrentar estas condiciones, la Iniciativa Global de Salud de la Mama o The Breast Health Global Initiative (BHGI), que establece intervenciones basadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente aceptables para mejorar las intervenciones en este problema de salud.³⁴

A partir de datos de la última década, tan sólo en Estados Unidos durante el 2004 ocurrieron 1'368,000 casos nuevos de cáncer y 553,000 muertes,³⁵ siendo el país con mayor tasa de incidencia de 93.9 X 100,000 mujeres al año; comparativamente entre los de media incidencia se encuentran: Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia, y los de baja: Ecuador, Costa Rica y Perú, la cual es considerada menor a países de primer mundo, según Robles y Galanis³⁶ para América Latina, México y el Caribe casi 300,000 mujeres mueren de cáncer de mama al año.

De acuerdo con Murria y López los países que se encuentran en transición epidemiológica es donde las tasas de mortalidad por cáncer mamario aumentan. En el

caso de esta región la tasa mayor corresponde a Uruguay con una mortalidad de 46.4 x 10,000 mujeres^{37, 38}

En el ámbito internacional México se encuentra ubicado en el octavo lugar como exponente de este problema de salud pública, según los reportes de la Secretaria de Salud. Durante los últimos 10 años la incidencia ha aumentado en todo el mundo y México no es la excepción donde se ha incrementado lenta y consistentemente.³⁹

Desde los comienzos de su registro en 1922 hasta 1990, el patrón de mortalidad en México ha presentado un periodo de transición, ya que del 1% de la población femenina que se estimó a principios de siglo, para la década de los 90 se elevó a un 10%, según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía, e Informática (INEGI), que reportó 41,168 defunciones confirmadas histopatológicamente.

En la actualidad al cáncer de mama corresponde de un 20 a 25% de todos los casos de enfermedad en la mujer y contribuye con un 15-20% de la mortalidad en la población general de México, y de un 2 a 5% de las defunciones por cualquier causa en el mundo occidental.⁴⁰

En nuestro país, la primera causa de muerte en la población general son las enfermedades cardiovasculares seguida de los tumores malignos causando estos últimos una de cada cuatro defunciones.^{41,42,43} En las proyecciones para el año 2010 se considera que habrá una tasa de mortalidad de 13 x 100,000 mujeres adultas y cerca de 4,500 defunciones por año por esta causa. Los registros sobre este problema de salud lo han enfatizado desde 1993 como el de mayor incidencia, ya que se registraron 534, 474 casos, de los cuales, el mayor incremento fue en mujeres en la cuarta década de la vida y alcanzó su punto máximo en la quinta.

De acuerdo a las distintas regiones del país su frecuencia fue variable, el mayor porcentaje correspondió al Distrito Federal con el 71.1% de los casos, seguido de Sonora con 70.0% y Nuevo León con 66.0%.⁴⁴

El Instituto Nacional de Cancerología de México (INC), reporta que la incidencia por edad aumenta a partir de los 20 años, sin embargo, entre los 30 y 34 años es raro, siendo el pico máximo entre los 40 y los 59 años, Se estima que una de cada 8 mujeres desarrollará cáncer de mama durante su vida.⁴⁵

En México solamente del 5 al 10% de las neoplasias se diagnostican en etapas tempranas con altas posibilidades de curación, del 40 al 50% son descubiertos en etapas avanzadas III Y IV, cuando el costo del tratamiento es elevado y pocas las posibilidades de curación.⁴⁶ Según la información estadística generada por el Consenso Sobre Tratamiento del Cáncer Mamario, Revisión del 2000,⁴⁷ hubo un incremento de la frecuencia ya que se ubicó en segundo lugar como causa de muerte general, sólo después del cáncer pulmonar, y en el primer lugar en mujeres de 35 años y más.

Cada año se diagnostican en nuestro país más de 11,000 casos lo que representa un incremento del 18% en los tres últimos años con una mortalidad de cerca de 4,000 mujeres lo que significa un aumento del 50% en la mortalidad en los últimos 10 años con un diagnóstico de 25 mujeres por día.^{48,49}

Este incremento es notorio, en tanto que para 1980 la prevalencia por esta causa reflejó una tasa de 9.8 x 100 000 mujeres, y en el 2001 fue de 14.5 X 100.000, lo que muestra un incremento de casi cinco casos por cada cien mil mujeres^{50, 51}

Mientras que a la incidencia registrada en el 2005 correspondió una tasa de 15.52 x 100,000 con 4,264 defunciones, ha Zacatecas le correspondió una tasa de 9.72 de las cuales 49 se registraron como defunciones, para el 2006 se presentó una disminución en la tasa con 2.4 X 100,000 mujeres con 34 defunciones.⁵²

MARCO TEÓRICO.

FACTORES DESENCADENANTES DEL CÁNCER DE MAMA.

Se conocen numerosos factores que son parcialmente responsables de la aparición del cáncer, pero en la mama no ha sido posible encontrar uno claramente dominante, algo que sí ha ocurrido con el cáncer de pulmón y el consumo de cigarrillos. Sin embargo, existen factores estimulantes del cáncer de mama de importancia indiscutida, como ocurre con algunas hormonas sexuales, sobre todo estrógenos y progesterona.

Es importante distinguir entre factores desencadenantes y estimulantes, ya que los últimos no son propiamente factores causales. Sin embargo, es imprescindible tenerlos en cuenta dada la efectividad demostrada de los antiestrógenos en la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.

El factor o la combinación de factores que actúan como desencadenante primario del cáncer no ha sido todavía establecido de manera definitiva. Pero sí sabemos que, sean cuales sean, están íntimamente relacionados con alteraciones en el DNA celular. Se invocan las mutaciones genéticas espontáneas o inducidas por diferentes agentes así como el fallo en los mecanismos reparadores del DNA dañado y el fracaso del sistema inmunocompetente en reconocer y eliminar las células cancerosas.

A través de los avances en el estudio de las enfermedades y con base en el patrón epidemiológico se ha demostrado que el cáncer de mama tiene origen multifactorial, Los factores de riesgo identificados están relacionados hasta en un 99% con el sexo femenino, entre los que se han evaluado: factores genéticos, agentes ambientales, virales, físicos, e individuales como estilos de vida y anatomofisiológicos como procesos inmunitarios, mecanismos hormonales, además de la historia ginecológica.⁵³

Factores genéticos.

El desarrollo de cáncer de mama se produce durante un periodo preclínico largo que incluso puede ser superior a 10 años. Lo primero que se genera es un periodo

preneoplásico o hiperplasia atípica que puede progresar a un estado de neoplasia o carcinoma in situ, algunos casos pueden dar lugar a un carcinoma invasivo que tiene capacidad de extenderse a los nódulos linfáticos y a otras partes del cuerpo.⁵⁴

La genética molecular del cáncer y la expansión clonal no controlada de una célula, que con frecuencia causa invasión de los tejidos circundantes y diseminación metastásica, produce el cáncer. Las alteraciones genéticas iniciales que desencadenan la proliferación aberrante, son seguidas por acumulo de mutaciones adicionales entre su progenie, donde ocurre un proceso de selección en el que las subclonas con propiedades de mayor crecimiento se vuelven dominantes dentro del tumor llamándose etapa de “progresión tumoral”.

La genética molecular completa los mecanismos por los que estos protooncogenes celulares normales se activan en los cánceres e incluyen: mutaciones puntiformes, amplificación de genes y traslocación de cromosomas debido a que causan propiedades funcionales nuevas o alteradas en la proteína que codifican y son genéticamente dominantes sobre el alelo normal conocido como la modificación de la función. Lo que proporciona evidencia de que estas alteraciones contribuyen a malignidad.⁵⁵

Factores ambientales.

Haskell y Dennis, refieren que la Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS). Ha estimado que hasta el 90% de los casos de cáncer en Estados Unidos puede ser el resultado de factores ambientales, dentro de los que se han identificado las radiaciones y los agentes físicos, químicos y biológicos como los virus que producen cáncer en el ser humano.

Ha sido considerada también su distribución geográfica, resultando más susceptibles los habitantes del hemisferio occidental en comparación con hemisferio oriental y aquellos que viven en climas fríos en comparación con climas cálidos; igualmente ser de raza blanca en comparación con raza asiática, cuya baja tasa de cáncer de mama puede estar relacionada con una mayor ingesta de fitoestrógenos que en los EUA y Europa, así como en los judíos en comparación con otros grupos étnicos.

Factores individuales.

Entre las características individuales que incrementan el riesgo encontramos la edad mayor de 40 años, y los antecedentes familiares, el RR para mujeres con un familiar de primer grado que presenta cáncer de mama corresponde a varios factores: ser premenopáusicas, unilateral 1.8%, bilateral 8.8% en posmenopáusicas unilateral 1.2% y bilateral de 4.0%, las lesiones mamarias benignas que se relacionan como factores de riesgo son: no proliferativas, y la hiperplasia atípica⁵⁶.

Los cambios no proliferativos incluyen quistes mamarios simples, cambios papilares apocrinos, calcificaciones epiteliales e hiperplasia ductal moderada, lesiones proliferativas sin atipia, hiperplasia ductal florida, papiloma intraductal, adenosis esclerosante, y fibroadenoma. La hiperplasia ductal o lobulillar atípica, carcinoma ductal y lobulillar in situ.⁵⁷

Estilos de vida.

Dentro de los estilos de vida el uso de tabaco resulta controversial, mientras que la dieta con alto consumo de grasas se correlaciona fuertemente y de forma independiente con la alta incidencia del cáncer de mama, por lo que la dieta rica en carne roja y grasa animal aumentan el riesgo. Un factor crucial que puede explicar el porqué de este aumento está involucrado con cambios en la dieta relacionados con el modo de vida en occidente. Quizá el simple aumento calórico en la dieta adelanta la menarquia, lo que expone a la mama a una situación de aumento del riesgo de contraer cáncer, ya que durante la primera fase de cada ciclo menstrual se produce una multiplicación de las mitosis en las células ductales de las mamas. Sin embargo, es probable que los cambios en la dieta sean cualitativos (además de cuantitativos) y se relacionen con dietas ricas en grasas animales, una fuente potencial de xenoestrógenos.⁵⁸

Anatomofisiológicos.

La obesidad y los mecanismos fisiológicos a los que se asocia el cáncer de mama están relacionados a factores hormonales.⁵⁹ Así como estar sujeto a condiciones de estrés crónico.⁶⁰

Características físicas.

Tener un físico corpulento en comparación con bajo peso, síndrome metabólico y hábitos alimenticios de alto contenido de grasas poli insaturadas.

Procesos hormonales

La Terapia de Reemplazo Hormonal (trh) el uso de estrógenos durante y posterior a la menopausia, y el uso de anticonceptivos orales, reflejan una mayor probabilidad de adquirir mutaciones durante los efectos proliferativos inducidos por sustancias endógenas y exógenas con actividad estrogénica o de expresar mutaciones carcinógenas adquiridas con anterioridad.

Historia ginecológica.

Se consideran importantes también los antecedentes gineco-obstétricos como: alteraciones fibroquísticas proliferativas con y sin atipias, cáncer previo en una mama, nulíparas en comparación con multíparas, primer parto posterior a los 34 años, menarca antes de los 12 años, y menopausia después de los 50 años.⁶¹

También han sido considerados como factores importantes los ciclos menstruales de corta duración, la administración de Terapia de Reemplazo Hormonal (trh) y la terapia de anticoncepción hormonal. Debido al inexplicado aumento de la incidencia de esta neoplasia en los países occidentales desarrollados, algunos investigadores han

establecido una relación entre la precocidad de la menarquía y el aumento anual de su incidencia. Sin embargo, al menos un 60% carece de algún factor de riesgo identificable.⁶²

CANCER DE MAMA

El proceso del cáncer empieza en las células, las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos, éstas crecen y se dividen para formar nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando envejecen mueren y las células nuevas las reemplazan, este proceso es lo que mantiene el cuerpo sano. Cuando este proceso ordenado se descontrola continúa la mitosis, pero también se ve afectada la muerte celular programada (apoptosis), al no llevarse a cabo esta, forma una masa de tejido que es lo que se llama tumor. El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, que crece a velocidades distintas en pacientes diferentes y con frecuencia es un padecimiento sistémico en el momento del diagnóstico inicial.

El Tiempo de Duplicación Tumoral (tdt) en un tumor de 1cm es de aproximadamente 10 años y contiene cerca de 1,000,000 de células y ha realizado 30 de las 40 duplicaciones que tendrán lugar antes de que el paciente fallezca. El tdt del cáncer primario de mama varía de 25 a 200 días en las lesiones precoces, pero en la enfermedad avanzada el tdt puede superar a los 500 días por eso un tumor de 1 cm., puede llevar a la mama de 2 a 17 años antes de ser diagnosticado.⁶³

Los tumores malignos pueden extirparse, pero pueden volver a crecer invadir y dañar tejidos y órganos cercanos, las células cancerosas pueden también desprenderse de un tumor maligno y entrar al torrente sanguíneo o linfático y así es como se diseminan desde el sitio original para formar tumores nuevos en otros órganos, cuando eso sucede se llama metástasis.

Clasificación: El cáncer de mama se clasifica en una variedad de tipos celulares algunos de los cuales son importantes para el pronóstico.⁶⁴ Como la presentada por La

Organización Mundial de la Salud (OMS) que divide la clasificación del Cáncer de Mama por Selección.

Clasificación de Cáncer de mama de la OMS

Subtipos histológicos - Incidencia

Carcinomas No Infiltrantes:	
Carcinoma Intraductal	15%
Carcinoma Lobulillar In Situ	2%
Adenocarcinomas Infiltrantes:	
Carcinoma Ductal infiltrante	60%
Carcinoma Lobuillar Infiltrante	5-10%
Carcinoma Mucosecretor	2-5%
Carcinoma Medular	1-5%
Carcinoma Tubular	2-5%
Carcinoma Papilar	2-5%
Otros Tipos	1-5%

Fuente: Institute Nacional Cancer EEUU

Además estos tipos de cáncer pueden ser divididos en dos grandes grupos: benignos y malignos: existen cuatro tipos de nódulos, o tumores benignos que suelen tratarse de fibroadenomas, quistes, nódulos fibroquísticos funcionales y cáncer de mama.

Tumores Benignos.

Fibroadenomas.

Son tumores benignos que contienen elementos epiteliales y estromales que pueden ser diminutos y pueden llegar a alcanzar gran tamaño, es el tumor mamario benigno más frecuente, suele aparecer en mujeres jóvenes en la adolescencia y en la década de los 20 años.

Quiestes de mama.

Los quiestes mamarios contienen un líquido producido por las células glandulares que revisten su superficie interna. Al igual que los fibroadenomas, son nódulos aislados, bien delimitados con bordes lisos y suelen ser móviles.

Nódulos fibroquísticos

También denominados nódulos funcionales o nódulos fibroquísticos, generalmente estos se localizan aislados de consistencia elástica que puede o no retroceder al terminar el ciclo menstrual.⁶⁵

Tumores Malignos

Se divide en: Carcinoma lobulillar in situ, Carcinoma ductal in situ, Etapa I, II, IIIA, IIIB, Cáncer inflamatorio, Etapa IIIC y Etapa IV, Cáncer recurrente

Carcinoma Lobulillar in situ (Etapa 0 o Carcinoma in situ).- Se refiere a células anormales en el revestimiento de un lobulillo estas células anormales son un marcador de un mayor riesgo de desarrollar un invasor en cualquier seno a futuro.

Carcinoma Ductal in situ.- Es un estado precanceroso en el revestimiento de un conducto, también se llama carcinoma intraductal. Las células anormales no se han diseminado mas allá del conducto para invadir el tejido de seno del derredor, se puede convertir en invasor. Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación incontrolada de las células que tapizan, en el 90% de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior. Este cáncer se conoce como carcinoma ductal.

En el 10% de los casos restantes el cáncer tiene su origen en los propios acinos glandulares y se le llama carcinoma lobulillar El carcinoma ductal puede extenderse por el interior de la luz ductal e invadir el interior de los acinos en lo que se conoce como fenómeno de cancerización lobular. Muchos cánceres de mama se encuentran confinados en la luz de los ductos o de los acinos, sin invadir los tejidos vecinos. En ese caso reciben el nombre de carcinomas *in situ*.

Cuando proliferan en demasía pueden romper la llamada membrana basal y extenderse infiltrando los tejidos que rodean a ductos y acinos y entonces reciben nombres como carcinoma ductal infiltrante o carcinoma lobulillar infiltrante. Los carcinomas de mama *in situ* son potencialmente curables si se extirpan en su totalidad Existen tumores malignos poco frecuentes, que reciben otros nombres genéricos diferentes. Los sarcomas son producto de la transformación maligna de células del tejido conectivo de la mama. Los linfomas derivan de los linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que procede de los ganglios linfáticos. En general, son tumores raros.

Estadios de la Enfermedad.- Una manera útil de definir la agresividad de un cáncer es clasificarlo según la etapa de desarrollo en que se encuentra, es decir, si es una enfermedad incipiente o avanzada, de lo cual depende no solo la certeza de con qué tipo de enfermedad tratamos, si no además, del tratamiento y pronóstico de la enferma.

Etapa I.- Es una etapa o estadio inicial de cáncer de seno invasor, significa que no tiene más de 2 cms. de diámetro y las células cancerosas no se han diseminado más allá del seno.

Etapa II.- El tumor en el seno no tiene mas de 2cms. de diámetro pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, o cuando el tumor tiene de 2 a 5 cms. y puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos axilares. El tumor tiene más de 5cms. pero no a diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Etapa III.- Puede ser un tumor grande, pero no se ha diseminado.

Etapa IIIA.- Significa que tiene menos de 5 cms. Pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos están conectados unos con otros o con

otras estructuras. O bien el tumor es grande mas de 5 cms. y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Etapa IIIB.- Puede haber crecido dentro de la pared torácica o de la piel del seno o su diseminación a los ganglios linfáticos debajo del esternón.

Cáncer Inflamatorio.- Es una variante clínica de presentación del cáncer de Etapa IIIB. Es raro el seno se ve rojo, edematizado, inflamado debido a que se bloquean los vasos linfáticos en la piel de la mama.

Etapa IIIC.- Se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el esternón y la axila abajo y, o arriba de la clavícula, el tumor primario puede ser de cualquier tamaño.

Etapa IV.-El cáncer es metastático distante se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Cáncer Recurrente.- Es el que regresa después de haber sido tratada de un cáncer previo, puede recurrir localmente en mama o pared torácica o en cualquier otra parte del cuerpo, óseo, hepático, o pulmonar.⁶⁶

Detección Clínica y diagnóstico. El diagnóstico de cáncer de mama sólo puede adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamaria. Es ideal hacer biopsias por punción, con aguja de jeringa, con aguja de Tru-cut, o Silverman. Si no es posible, se pueden hacer biopsias incisionales (retirar parte de la masa) o excisionales (retirar toda la masa), lo que puede alterar el estadio del tumor.

La American Joint Cancer Comitee (AJCC) determinó una manera de clasificación basada en cuatro características clínicas de la enfermedad. La clasificación Tumor, Nódulo, Metástasis (TNM), donde dependiendo del tamaño del tumor, la presencia o no de ganglios o nódulos ganglionares y la presencia o no de metástasis, se ha logrado definir el tratamiento más conveniente para cada tipo.⁶⁷

El tratamiento suele combinarse con cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, el pronóstico y la selección de la terapia está determinada por: la edad de la paciente, la situación de la menopausia, el estadio en el que se encuentra la enfermedad, el grado histológico y nuclear del tumor primario, el estado del receptor de

estrógeno y del receptor de progesterona, además medidas de su capacidad de proliferación y la amplificación del gen Her2neu, mutaciones hereditarias de brca1 Y brca2.

Técnicas diagnósticas.

Existen dos técnicas diagnósticas la inmunohistoquímica y la fluorescencia con hibridación *in situ* FISH para valorar el Her2.⁶⁸

Las células de la mama contienen receptores para las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, estos receptores permiten al tejido que crezca o que cambie en reacción a los cambios en los niveles hormonales, cerca de dos tercios de todos los casos de cáncer contienen niveles significativos de receptores de estrógeno y progesterona positivos.

Los tumores que son receptores positivos de estrógeno tienden a crecer más agresivamente que los tumores de receptor negativo, el resultado es un peor pronóstico para las pacientes. En relación con el valor de Her2neu como factor pronóstico entre débil y moderadamente fuerte, además de ser un blanco para el tratamiento específico como predictor de respuesta a la quimioterapia y hormonoterapia, es un factor pronóstico adverso e independiente para el riesgo de recurrencia.⁶⁹

El protooncogen *her2/neu*, conocido también como neu o erb2, pertenece a la familia de receptores celulares de membrana con actividad tirosinquinasa en su dominio intracitoplasmático. Codifica una glicoproteína de 185kda, y se localiza en la región cromosómica 17q12-21.

El her2neu es un oncogén humano clonado hace cerca de 15 años, la proteína que codifica ha sido caracterizada como un receptor de membrana tipo 1 tirosinquinasa, se expresa en bajos niveles en muchos tejidos normales, incluyendo el tejido mamario sano, y se cree que regula el crecimiento del tumor y la aparición de metástasis⁷⁰

La amplificación del gen her2neu significa un mal pronóstico en las pacientes con cáncer de mama. La importancia de la determinación del estatus del her2neu radica en que aquellas pacientes que tienen cáncer de mama en estadios avanzados y que además presentan amplificación, tienen una mayor resistencia a los tratamientos convencionales de quimioterapia y tratamiento hormonal, además de una menor tasa de supervivencia.⁷¹

En el caso de cáncer de mama se sabe que el oncogen her2neu (human epidermal grow factor de receptor 2) está sobre-expresado hasta en un 30% de los casos. La oncoproteína tumoral her2neu, se deriva de un oncogen conocido que está biológicamente relacionado con la conversión de células normales en tumorales. El conocimiento de su positividad tiene un importante valor pronóstico que se asocia a una mayor agresividad de la enfermedad.⁷²

El 25% del cáncer de mama invasivo expresa anormalidades del Her2neu que se manifiestan como amplificaciones génicas o sobreexpresión de receptores de membrana. Se ha calculado que las células epiteliales normales tienen entre 20, mil y 50, mil receptores her2/neu de membrana, mientras que las células tumorales de cáncer de mama, sobre-expresan el oncogén puede tener hasta 2 millones de receptores, la sobreexpresión suele ser consistente entre el tumor primario y las metástasis.

El her2neu se activa tras la dimerización con un receptor del mismo tipo (homodimerización) y heterodimerización este echo se produce habitualmente tras la unión del dominio intracelular del receptor a un ligado específico, del tipo de los factores de crecimiento o la transactivación de otro receptor produciendo una activación de la tirosina-quinasa de la porción intracelular del receptor que desencadena la cascada de señal estimuladora de la actividad mitogénica⁷³.

El término cáncer de mama positivo para Her2neu se refiere a una forma de la enfermedad que puede crecer más rápido y responde menos al tratamiento estándar en comparación con la enfermedad negativa para Her2neu.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Zacatecas durante 2005 se presentó una tasa de 9.72 x 100, 000 de las cuales 49 se registraron como defunciones, en tanto que para el 2006 fue de 2.4 X 100,000 mujeres con 34 defunciones; sin embargo, la tasa de letalidad es alta pues de 143 casos confirmados de cáncer de mama en el Hospital General de Zona num.1 del IMSS Delegación Zacatecas, de 2004 a 2006 con diagnóstico *Her2neu positivo* y *Her2neu negativo* en mujeres derechohabientes entre 20 años y 79 años de edad, el 47%, 53 casos se presume que fallecieron, pues no existe un seguimiento de los casos diagnosticados, pero la literatura señala que en términos generales la sobrevida de estos casos es de cinco años en los her2neu negativos, mientras que en los positivos disminuye a tres, existiendo pocos pacientes que sobrepasan estos márgenes.⁷⁴

Por lo que la importancia del diagnóstico her2neu positivo o negativo radica en el pronóstico que se tiene, y que define el tratamiento a seguir, ya sea quimioterapia, hormonoterapia o radioterapia. Por otro lado, el diagnóstico de cáncer en sí mismo produce un gran impacto tanto en el propio paciente como en su familia, por la relación que tiene con la muerte, lo que se agrava cuando el marcador her2neu es positivo, ya que en estos casos se presenta: resistencia a los tratamientos, metástasis y segundos cánceres, que provocan disminución en los años de sobrevida, y afectan aun más la calidad de vida de la enferma.

En términos generales el tratamiento de estos padecimientos es bastante agresivo y ataca el estado general con astenia, adinamia, debilidad muscular, hiporexia, náuseas e hiperémesis, además de ascitis, edema de miembros inferiores y superiores del lado afectado, caída de cabello, piel frágil y sensible a traumatismos. Algunas de ellas pueden presentar alteraciones ginecológicas como amenorrea, o alteraciones del ciclo menstrual, disminución de la libido, mayor labilidad a infecciones oportunistas y múltiples internamientos hospitalarios. Situación que se agrava cuando el tratamiento tiene que ser quirúrgico, principalmente si la mastectomía es radical o extensa, lo que depende de la

etapa en que se establece el diagnóstico y la mayoría desgraciadamente lo es en etapas tardías III y IV, de muy baja sobrevida. A estos tratamientos, además de los malestares de la enfermedad y del tratamiento se suma el impacto emocional y psicológico que la pérdida de la mama implica para la mujer que ve mutilado su cuerpo y por el papel que juega en la sexualidad.

El proceso de ajuste frente al cáncer se puede describir como un proceso continuo de cambios inesperados e incontrolados, y la variabilidad en el impacto psicosocial está arraigada directamente en las características psicológicas de la paciente anteriores a la enfermedad. Siendo además importante la repercusión en la pareja y el temor de que pueda rechazarla, eventos todos que afectan la calidad de vida de la paciente y también repercuten en la pareja y la familia.

Las repercusiones del diagnóstico de esta enfermedad en el grupo familiar varían según la etapa del ciclo vital en que se encuentre, aunque muchas de ellas se ubican en la fase de expansión o en la etapa del nido vacío.

El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar que en ocasiones se afecta por largos periodos de tiempo, la confrontación del diagnóstico de cáncer crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas en el comportamiento de cada uno de sus miembros y la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades para enfrentar este nuevo problema, aunque ciertas familias tienen una base más vulnerable a la desesperación, ambigüedad, pérdida del control, disfunción y conflictos entre sus miembros.

Los familiares de la paciente sufren de ansiedad, depresión, agotamiento, resentimiento, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, además de desamparo y miedos reales o fantaseados sobre el cáncer y su tratamiento.¹ Esto altera de manera importante el entorno familiar, con la pérdida de las funciones ejercidas por la madre se generan cambios de roles entre sus miembros, la necesidad de los cuidadores, los gastos

económicos se incrementan, y se requiere de redes de apoyo complementarias. Además de la pena emocional y el duelo que se genera por el sufrimiento y la pérdida de un ser querido, repercusiones que son mucho más importantes si los hijos son de corta edad.

Debido a lo anterior, el apoyo psico-oncológico de la familia resulta indispensable durante el tiempo que dure la atención de la paciente; sin embargo, el IMSS no cuenta con un equipo de apoyo multidisciplinario de Medicina Paliativa o Psico-oncología para el manejo y adaptación de la paciente y su familia a la enfermedad, lo que exacerba la problemática que se vive alrededor de estas pacientes.

3.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo se afecta la dinámica familiar y su calidad de vida en mujeres del IMSS Delegación Zacatecas con diagnóstico de Cáncer de Mama Her2neu positivo en comparación con un diagnóstico Her2neu negativo?

4- JUSTIFICACIÓN

A pesar de que la tasa de mortalidad por cáncer de mama en nuestro país y en Zacatecas ha disminuido en los últimos años, pues durante el 2005 a México le correspondió una tasa de 15.52 x 100,000 habitantes con 4,264 defunciones, y a Zacatecas de 9.72 x 100, 000 de las cuales 49 se registraron como defunciones, en tanto que para el 2006 fueron 34 defunciones; sin embargo, la tasa de letalidad es alta pues de 143 casos confirmados de cáncer de mama en el Hospital General de Zona num.1 del IMSS Delegación Zacatecas, de 2004 a 2006 con diagnóstico *Her2neu positivo* y *Her2neu negativo* en mujeres derechohabientes entre 20 años y 79 años de edad., el 47%, 53 casos se presume que fallecieron, pues no existe un seguimiento de los casos diagnosticados.

Magnitud.- Aun cuando la magnitud de los casos no es demasiado alta, debido a que las tasas en lo general han descendido, los diagnósticos de esta enfermedad, tienen serias repercusiones en la paciente, su familia y la Institución.

Trascendencia.- Para la paciente en particular resulta trascendente el diagnóstico, *her2neu positivo* debido al impacto psicológico por la relación que existe entre el término cáncer y la muerte, además de lo agresivo, penoso y largo que en muchas ocasiones resulta el tratamiento, o la posibilidad latente de un tratamiento mutilante o de una enfermedad que no responda a ningún de ellos.

El diagnóstico en sí, repercute en la dinámica familiar con los cambios de rol que se generan en la adaptación a la enfermedad, donde de cada uno de sus miembros, tiene que suplir las actividades de la paciente que cursa con incapacidad para la realización de la mayoría de sus funciones dentro del núcleo familiar, lo que se agrava cuando las consecuencias son fatales, la mortalidad de la madre repercute directamente en la pareja por la viudez y el duelo por la pérdida, más impactante aún en la crianza y educación de los hijos que quedan en la orfandad, siendo más vulnerables los pequeños en comparación a los adultos.

Vulnerabilidad.- La problemática del cáncer de mama puede abordarse desde programas de detección a través de campañas masivas para hacer conciencia de la importancia de la autoexploración y lograr que cada vez con más frecuencias se detecte en estadios más tempranos o en las etapas iniciales O, I, II, con el fin de mejorar su pronóstico, la respuesta al tratamiento, evitar la siembra de segundos cánceres o metástasis, y así tener mejor pronóstico de calidad de vida y sobrevida a la enfermedad. A esto agregamos una mejor respuesta en estadios más tempranos que repercuten notablemente en la paciente y su familia.

A diferencia de ser detectadas hasta etapas tardías, más avanzadas IIIA, IIIB, Etapa IIIC y Etapa IV en donde la respuesta puede ser mucho menos favorable, con mayor grado de complicación y repercusión en el entorno familiar, pronóstico, tratamiento, calidad de vida y sobrevida de la paciente que se detecta en estos estadios.

Factibilidad.- Para la Delegación del IMSS Zacatecas realizar esta investigación es posible ya que se cuenta con los recursos físicos, humanos y financieros para la atención de las pacientes en la Unidad de Oncología Medica y Quimioterapia (UMA), ubicada en el Hospital General de Zona núm. 1 con Medicina Familiar del IMSS., que es donde se concentran todas las pacientes de cáncer de mama de la institución.

Costos.- Para la Delegación Zacatecas del IMSS, el problema de Cáncer de Mama se encuentra en el alto costo, que representa el tratamiento por persona, desde las consultas otorgadas por el Medico Familiar, los servicios de Oncología Quirúrgica y Clínica para las cirugías a realizar, la quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia, hasta las estadías prolongadas de internamiento hospitalario sumando el costo por día cama de ocupación. Además de los costos para la institución por traslados de las pacientes y sus familiares a otras unidades de especialidad para efectuar el tratamiento.

5.- OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar las diferencias en la dinámica familiar y la calidad de vida en las mujeres del IMSS Delegación Zacatecas, tras el diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y compararlas las her2neu positivo y negativo.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Comparar el impacto en la dinámica familiar de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y negativo.

Comparar la calidad de vida de la paciente con diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y her2neu negativo.

7.- METODOLOGÍA

7.1.- Tipo de estudio.

Ambispectivo

Trasversal.

Observacional.

Comparativo

7. 2.- Población del estudio.

Pacientes del sexo femenino de 20 a 79 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama, her2neu positivo o negativo, pertenecientes a la delegación del IMSS Zacatecas.

LUGAR: Todas las Unidades de Medicina Familiar Delegación Zacatecas.

TIEMPO: Agosto 2006 a Octubre 2007

7. 3.- Tipo de muestra.

Mediante muestreo no probabilístico o por cuota se seleccionaron a las pacientes, con diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y her2neu negativo. Adscritas a la Delegación Estatal del IMSS Zacatecas, cuyo control médico se lleva a cabo en el departamento de Oncología Clínica y Quimioterapia, ubicada en la Unidad de Medicina Ambulatoria (UMA) del H. G. Z. 1 con Medicina Familiar del IMSS.

a).- Tipo de población: Mujeres mayores de 20 A 79 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama Her2neu positivo y negativo adscritas a la delegación IMSS Zacatecas

b).- Inferencia a realizar.- una estimación.

c).- Parámetro estimado.- una proporción

7. 4 Tamaño de la Muestra: 90 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama Her2neu positivo y Her2neu negativo que pertenecen a la Delegación Zacatecas del IMSS.

7. 5.- Criterios de selección.

a).- De inclusión.-

- Pacientes del sexo femenino con diagnóstico confirmado de Cáncer de Mama
- Mayores a 20 años y menores de 80 años de edad
- Que cuenten con reporte de Her2neu
- Adscritos al HGZ 1 DEL IMSS Delegación Zacatecas
- Acepte participar en el estudio.

b).- De exclusión.- No cumplir con los criterios anteriores.

c).- De eliminación.- cuestionarios incompletos

7. 6.- Variables del estudio

Variable dependiente: cáncer de mama con marcador tumoral her2neu positivo y negativo

Variables independientes: dinámica familiar y calidad de vida

7.7.-Operacionalización de las Variables

1.- Datos Socio demográficos

1.- Edad.

a).- Conceptual: tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento al momento de aplicación de encuesta.

b).- Operacional: medida por años de vida cumplidos.

c).- Escala: cuantitativa continúa

2.- Estado civil

a).- Conceptual: el estado en que se encuentra el individuo de acuerdo a normas de la sociedad.

b).- Operacional:

Casada

Soltera

Viuda

Divorciada

Unión libre

Otros.

c).- Escala: nominal discontinua

3.- Con o sin pareja

a).- Contar con pareja al momento de la encuesta

b).- Operacional: si no

c).- Escala: dicotómica

4).-Años de unión conyugal

a).- Conceptual: tiempo de unión con la pareja.

b).- Operacional: años cumplidos

c).- Escala: numérica continúa

5.- Número de hijos

a).- Conceptual: número de hijos procreados por una pareja

b).- Operacional: numérica

c).- Escala discontinua

6.-Edad de los Hijos

a).-Conceptual: Medida en años de los hijos de la pareja

b).- Operacional: años cumplidos

C.- Escala: numérica discontinua

7. Escolaridad

- a) estudios realizados
- b).- último año cursado

8.- Ocupación

Profesional

Técnica

Obrera

Dedicada al hogar

2.- Datos Médicos

2.1.- Reporte de Her2neu

a).- Conceptual: Prueba que mide el número de receptores para las hormonas femeninas estrógeno y progesterona que permiten al tejido crecer o cambiar en reacción a los niveles hormonales.

Positivo o negativo

c).- Escala: dicotómica.

2.2 Localización del cáncer

a).- Conceptual: ubicación del cáncer según mama afectada.

b).- Operacional: izquierda o derecha

c).- nominal dicotómica

2.3 Fecha de diagnóstico

a).- Conceptual: fecha en que recibió el diagnóstico de cáncer.

b).- Operacional: años y meses

c).- Escala: numérica discontinua

2.4 Tipo de apoyo

a).- Conceptual: Tipo de apoyo para afrontar la enfermedad.

b).- Operacional:

1) psicológico o psiquiátrico

2) trabajo social

3) pareja

4) hijos

5) familiares próximos (padres o hermanos)

6) amistades (cercanas o que vivan con ellas)

7).- escala: dicotómicas.

Dinámica Familiar y calidad de vida.

a).- Conceptual: Dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que está atravesando la familia, es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas determinantes en buen o mal funcionamiento.

b).- Conceptual: La calidad de vida como una adaptación entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades, necesidades del individuo tal como se percibe. No tiene una definición aceptada universalmente, se puede relacionar con todos los aspectos de la vida de una persona. En el campo de la oncología se centra en la salud del paciente su relación con la enfermedad y sus tratamientos.

b) Operacional en base a las dimensiones siguientes:

Encuesta Arras QLQ C30 para cáncer de mama.

Presenta 5 escalas funcionales

Físico, rol familiar, emocional, social y cognitivo

3 escalas de síntomas: Dolor, fatiga, náusea y vómito

Ítems individuales que se relaciona con familia, impacto financiero y síntomas adicionales insomnio, perdida de apetito entre otros.

Este cuestionario mide, sintomatología de la enfermedad, efectos y aspectos relacionados con el tratamiento y dimensiones familiares que relaciona calidad de vida, imagen corporal sexualidad, miedos, recaídas.

a) Ajuste mental a la enfermedad.

a) Conceptual: Tipo de reacciones emocionales de la paciente cuando experimenta la enfermedad

b) Operacional:

1.- espíritu de lucha

2.- preocupación ansiosa

3.- desamparo

4.- fatalismo

5.- negación

6.- actitud positiva

c) Escala: Falso: seguro o creo / verdadero: seguro o creo

b) Escala de autoeficacia

a) Conceptual: grado de cuestiones que preocupan a la paciente y su capacidad de afrontamiento.

b) Operacional.

1.- Cuestiones relacionadas con la enfermedad

2.- Con el aspecto físico

3.- con el rol de la pareja, hijos, padres, hermanos.

4.- con la actividad laboral

5. con la actividad social

6.- Con las finanzas

c) Escala: Grado de preocupación:

0. nada, 1. Poco, 2. Moderado, y 3 mucho.

Grado de capacidad:

0. nada, 1. Poco, 2. Moderado, y 3 muy capaz.

3.- Competencia Personal

a) Conceptual: Escala de competencia personal para afrontar la enfermedad.

c) Escala:

Totalmente competente

Incompetente

Un poco competente

Totalmente incompetente.

7.8.- Procedimientos para captar la información:

De manera inicial se detectaron los expedientes de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en mujeres de 20 a 79 años, her2neu positivos y negativos, identificando 143 casos para el periodo de agosto de 2006 a octubre del 2007, posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento, previa programación y consentimiento informado de la paciente. Siendo aplicado únicamente por el investigador en la unidad de Oncología Clínica y Quimioterapia del Instituto Mexicano del Seguro Social donde se concentran los casos de todas las unidades de Medicina Familiar del Estado de Zacatecas.

El instrumento aplicado fue la **Encuesta Arras QLQ C30** (ver anexo 3) para medición de calidad de vida y dinámica familiar en pacientes con cáncer de mama, validada por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC).

Este instrumento contiene: el cuestionario sobre ajuste mental a la enfermedad de cáncer de mama, (MAC) la Escala de Auto eficacia que valora el grado de preocupación y el Grado de Capacidad de afrontamiento de la paciente, y la Escala de Competencia Personal donde se reportó el sentir de la paciente y su relación familiar. (Anexos 4)

8.- Presentación de los resultados.

En base a un estudio descriptivo se utilizaron las siguientes medidas para su presentación:

- Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Media, mediana, moda y desviación estándar
- Para las variables cualitativas por porcentaje
- La base de datos se efectuará en análisis SPSS 13®. y Excel
- Los resultados se representan en cuadros y graficas.

8.- CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo se ajusto a los lineamientos de la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2003 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto fue revisado para aprobación por el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y revisión continua de la investigación.

No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 30, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se sometió y fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, IMSS “Emilio Varela Lujan” Zacatecas, Zacatecas.

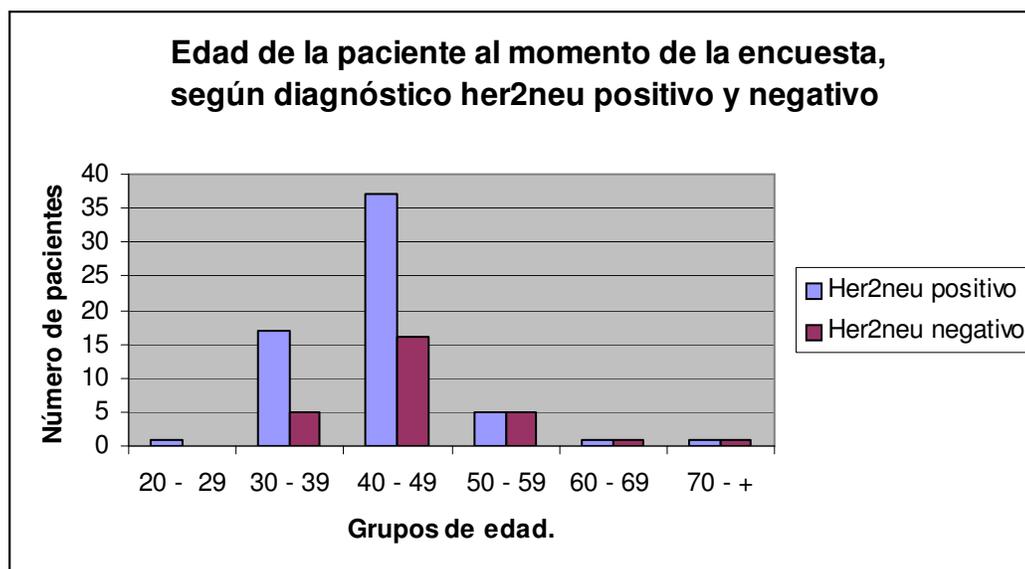
9- RESULTADOS

Resultados del estudio.

En este apartado se presentan los resultados del estudio, los primeros corresponden a los datos demográficos de las pacientes, separados por el resultado del diagnóstico de cáncer de mama Her2neu positivo y negativo, en segundo lugar los datos relacionados con el cáncer propiamente dichos y en tercero los que corresponden a la calidad de vida y la dinámica familiar en sus distintos componentes:

Cuadro y Gráfica 1

Her2neu	Edad de la paciente al momento de la encuesta según diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y negativo.						
	<= 20	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71+	
positivo	1	22	32	5	2	0	62
negativo	0	5	17	4	1	1	28
Total	1	27	49	9	3	1	90

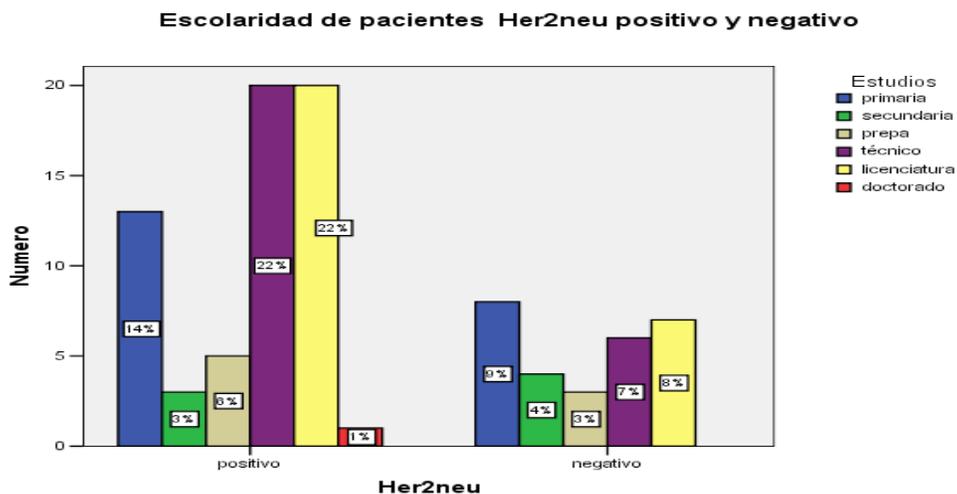


Fuente: Encuestas.

En la gráfica 1 observamos la edad de las pacientes con cáncer de mama her2neu negativo y positivo al momento de la encuesta. El grupo más joven, de 20- 29 presenta el menor número de pacientes, de hecho no existen casos con diagnóstico her2neu negativo, pero sube importantemente en el siguiente grupo (30-39) en ambos diagnósticos, principalmente en las her2neu positivas que suben hasta 17 casos en tanto que las negativas solamente en 5, el pico más alto corresponde al grupo de 40 a 49 años, de nuevo con predominio del diagnóstico positivo en más del doble de casos que en el negativo, en el siguiente grupo de 50- 59 años, los casos vuelven a decrecer dramáticamente pero con el mismo número en positivos y negativos, disminuyendo de nuevo en los grupos de 60 a 69 años y en el de 70 y más.

Cuadro y Gráfica 2.

Her2neu	Escolaridad de las pacientes según diagnóstico her2neu positivo y negativo						Total
	primaria	secundaria	preparatoria	técnico	licenciatura	doctorado	
positivo	13	3	5	20	20	1	62
negativo	8	4	3	6	7	0	28
Total	21	7	8	26	27	1	90



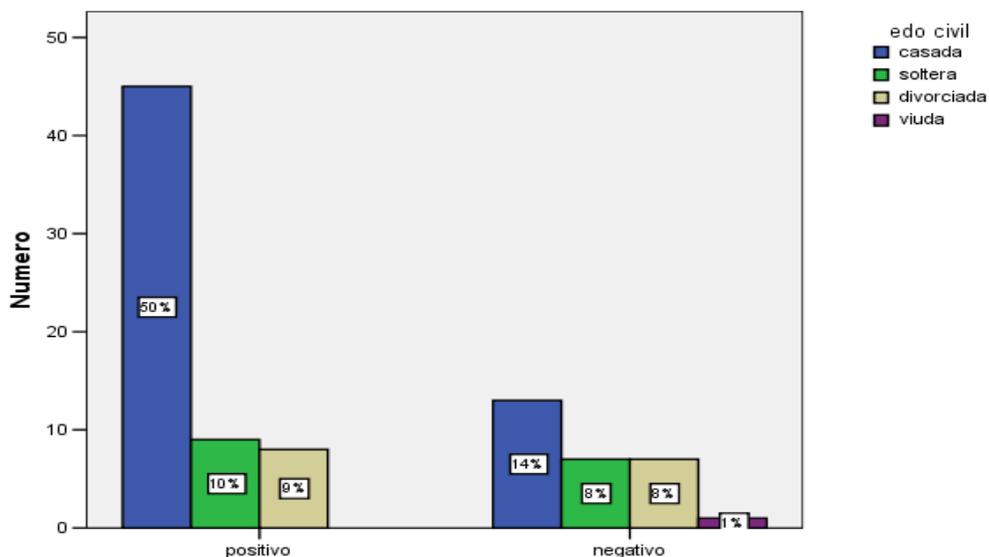
Fuente: Encuestas.

En la gráfica 2 observamos la escolaridad y se aprecia relevante que dentro del grupo de derechohabientes entrevistadas todas son alfabetas en los dos grupos, los her2neu positivos como negativos, la primaria como nivel mínimo de estudios ocupa un 14% en las positivas y un 9% en las negativas, la secundaria es casi igual en los dos grupos con un 3 y 4% respectivamente, preparatoria, un 6% positivas y un 4% para negativas, el mayor número de entrevistadas se ubicó como técnica y licenciatura, cada una con un 22% dentro de las positivas y un 7 y 8% en la negativas, grado de escolaridad más alto fue de una paciente con grado de doctorado para her2neu positivo.

Cuadro y Gráfica 3.

Her2neu	Estado Civil de las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo.				Total
	casada	Soltera	divorciada	viuda	
positivo	45	9	8	0	62
negativo	13	7	7	1	28
Total	58	16	15	1	90

Estado civil de las pacientes con diagnostico de cancer de mama Her2neu positivo y negativo



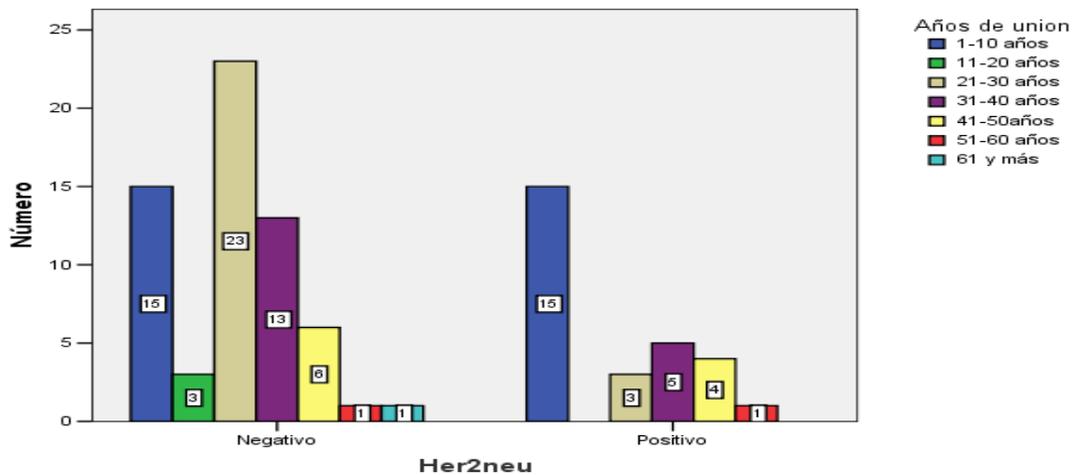
Fuente: Encuestas.

El 64% de las mujeres del estudio están casadas, un 50% corresponden al diagnóstico her2neu positivo y un 14% para las negativas; en el rubro de las solteras y divorciadas la distribución es mucho más uniforme con 10 y 8% para las positivas y con 9 y 8% para las divorciadas, con solamente 1% de viudez en las negativas.

Cuadro y Gráfica 4.

Her2neu	Años de unión con su pareja de pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo.							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
negativo	15	3	23	13	6	1	1	62
positivo	15	0	3	5	4	1	0	28
Total	30	3	26	18	10	2	1	90

Años de union de la pareja de las pacientes con cáncer de mama al momento de la encuesta



Fuente: Encuestas

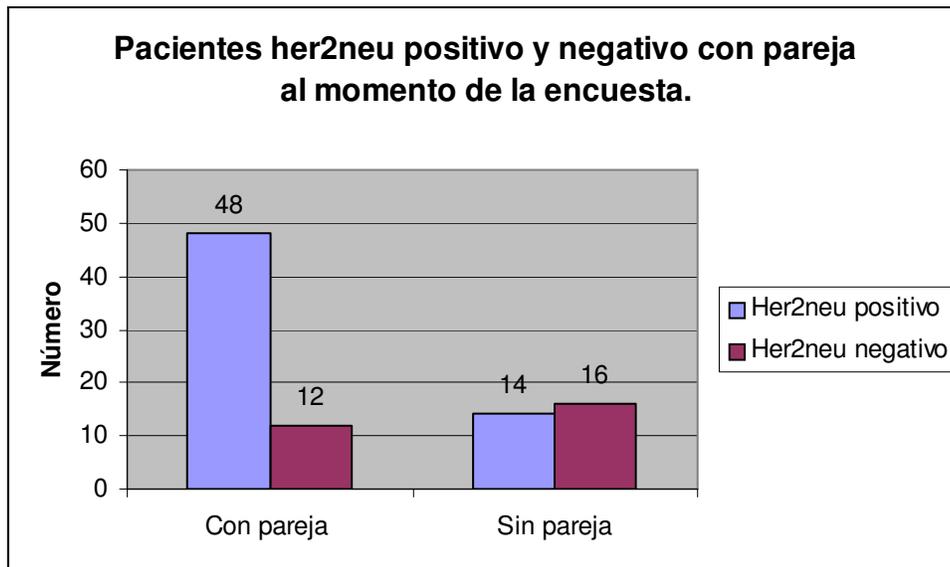
Observamos un mayor porcentaje de 26% y 3%, de años de unión con la pareja entre los 11 y 19 años respectivamente para ambos her2neu positivo y negativo, seguido de un 20 y 17% que correspondió a los años de unión de 1-10 años para her2neu positivo

y negativo, continuando con un 14 y 6% para her2neu positivo y negativo en 20-29 años de unión, posteriormente los porcentajes más altos de mayor tiempo de unión de una pareja correspondió a 30 hasta 50 años de unión en la pareja. Una media de 2.17, mediana de 2.00, moda 1 y una desviación estándar de 1.73 respectivamente.

Cuadro y Gráfica 5

Pacientes con pareja al momento del diagnóstico.

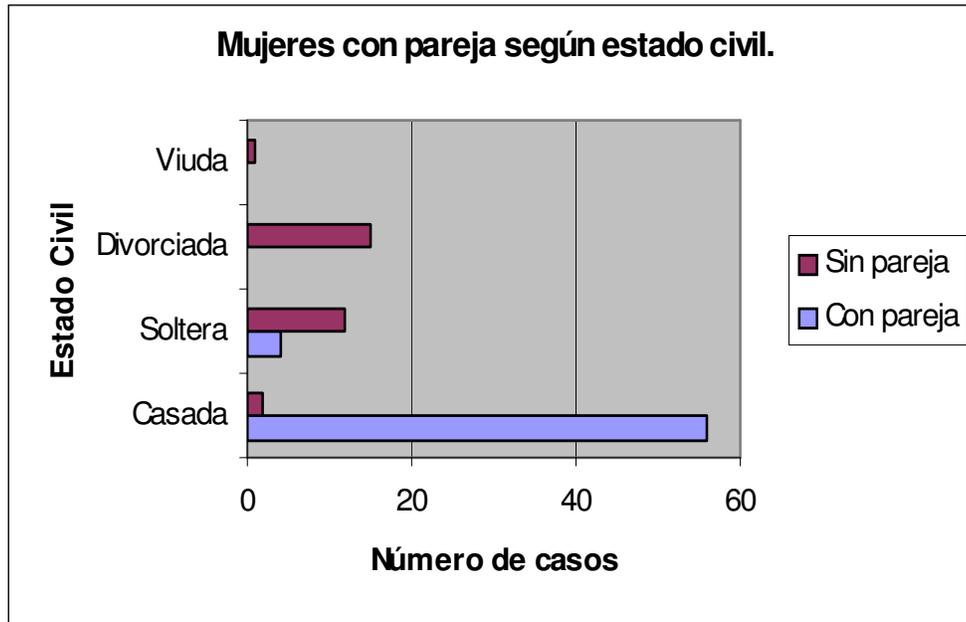
Her2neu	Con pareja	Sin pareja	Total
positivo	48	14	62
negativo	12	16	28
Total	60	30	90



Fuente: Encuestas.

Se refiere al número de pacientes que contaban con pareja al momento de la entrevista, separadas por el diagnóstico con cáncer de mama her2neu positivo y negativo, independientemente del estado civil en que se encuentran, dando como resultado un máximo de 48 pacientes positivas con pareja y 12 negativas, mientras que carecían de ella 14 mujeres positivas y 16 negativas.

Gráfica 6

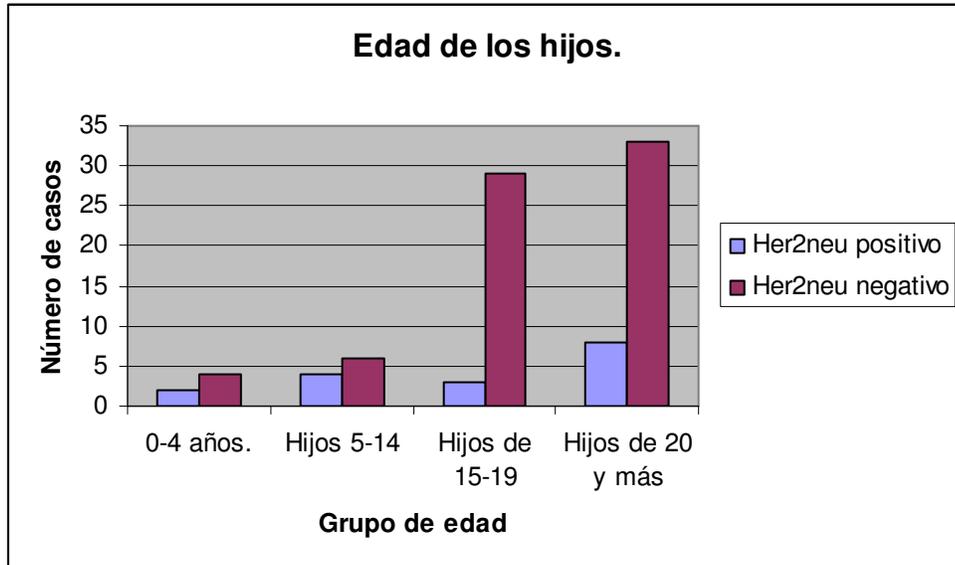


Fuente: Encuestas.

En esta grafica se cruzaron las variables de “estado civil” y “si contaban con pareja” con el interés de analizar su interrelación, encontrando que existen independientemente del estado civil mujeres casadas que no cuentan con una pareja y solteras que sí.

Cuadro y Gráfica 7.

Edad de los hijos	Her2neu		Total
	Positivo	Negativo	
0-4 años.	2	4	6
Hijos 5-14	4	6	10
Hijos de 15-19	3	29	32
Hijos de 20 y más	8	33	41
Total	17	72	89



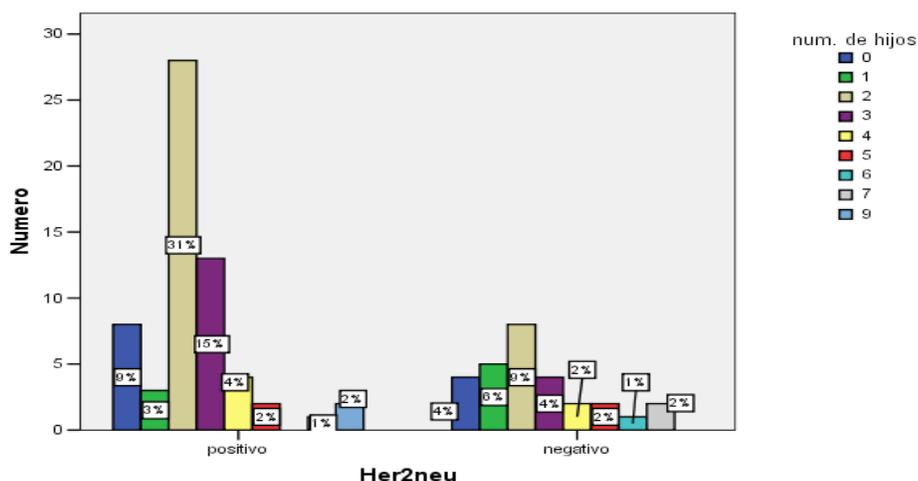
Fuente: encuestas

Según la gráfica anterior las mujeres con cáncer her2neu negativo fueron más prolíficas que las positivas, sobre todo las de más edad y con hijos mayores, las positivas tuvieron en general menos hijos, pero más adultos que en los grupos restantes. Las edades de los hijos se corresponden con las edades adultas de las madres.

Cuadro y Gráfica 8.

Her2neu	Número de hijos									Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	9	
Negativo	8	1	27	13	4	2	0	1	2	58
Positivo	4	7	9	4	2	2	1	2	0	31
Total	12	8	36	17	6	4	1	3	2	89

Numero de hijos de pacientes con her2neu positivo y negativo



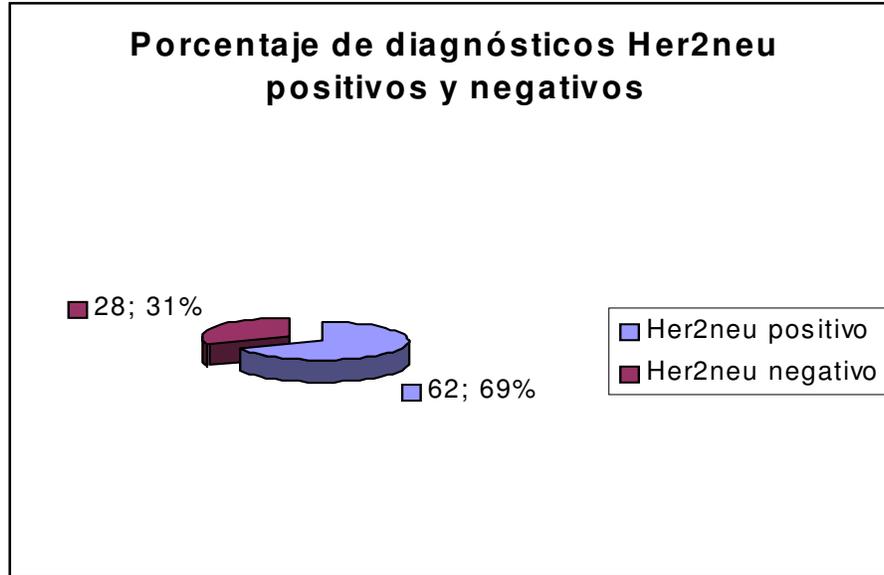
Fuente: encuestas.

Observamos que las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo (31%) cuentan en promedio con 2 y 3 hijos (15%), seguidas de un 4% para 4 hijos, un 1% para 7 hijos y un 2% con 9, mientras que las de pocos hijos fueron las que solamente tenían 13% y las que no tenían ninguno 9%, en comparación con las pacientes Her2neu negativo con el 4% ningún hijo, 6% 1. siendo los hijos de edad más pequeña los de las pacientes con cáncer de mama her2neu positivos en etapa de 0-4 años seguida de hijos escolares y adolescentes. Mientras que para las her2neu negativos los grupos de edad son principalmente hijos en edad escolares, adolescentes y adultos.

Cuadro y Gráfica 9

Pacientes según diagnóstico her2neu positivo y negativo

Her2neu	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
positivo	62	68.9	68.9
negativo	28	31.1	100.0
Total	90	100.0	



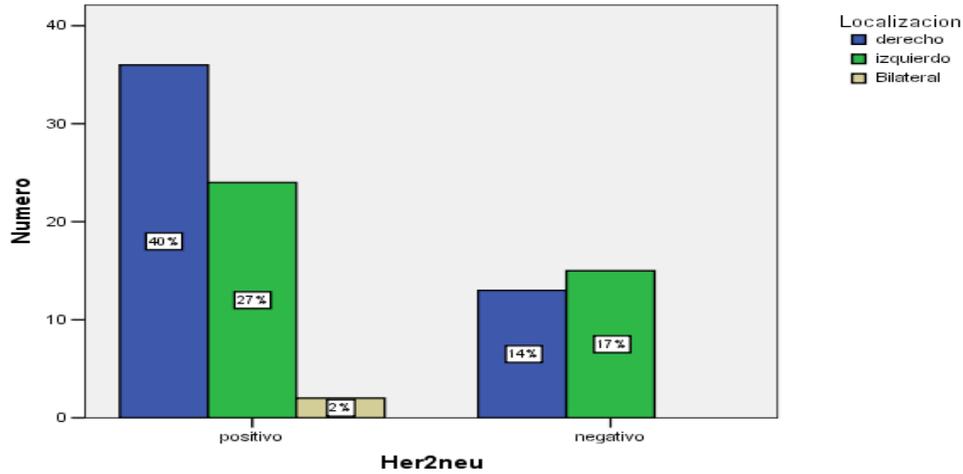
Fuente: Encuestas.

Dentro de los resultados del estudio encontramos que la muestra se dividió en un mayor porcentaje para las pacientes con her2neu positivo con un 62%, y el restante 28% negativo, lo que significa que la mayoría de las pacientes tuvieron un pronóstico malo a su enfermedad.

Cuadro y Gráfica 10

Her2neu	Localización del cáncer de mama her2neu positivo y negativo			Total
	derecho	izquierdo	3	
positivo	36	24	2	62
negativo	13	15	0	28
Total	49	39	2	90

Localización del cancer de mama Her2neu positivo y negativo



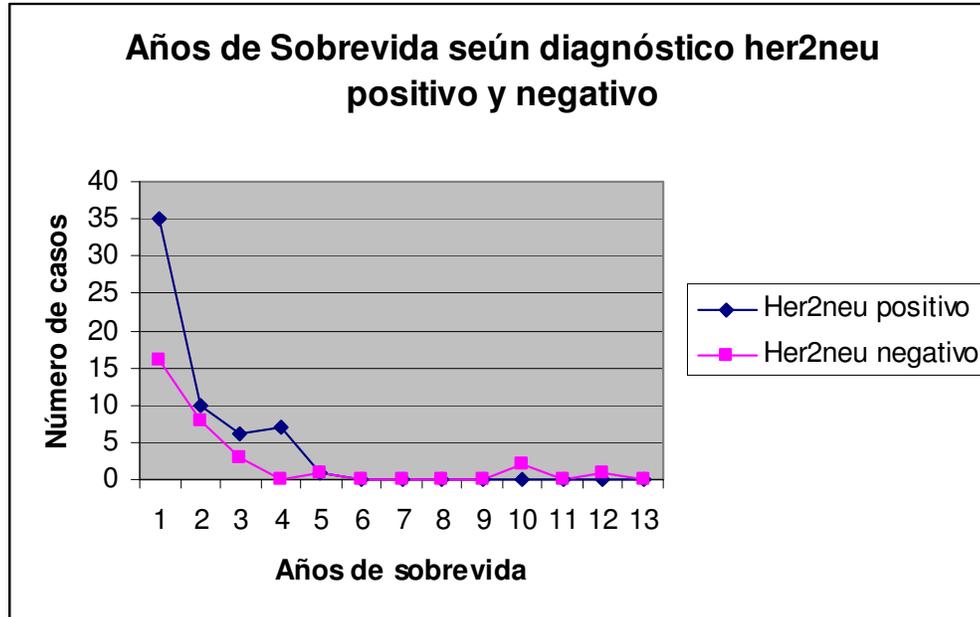
Fuente: Encuestas.

Se refiere a la localización del cáncer de mama her2neu positivo y negativo, que correspondió a una aparición en la mama derecha de un 40% en her2neu positivos y 14% para her2neu negativo, mientras que para la mama izquierda correspondió a 27% para her2neu positivo y un 17% para her2neu negativo, y solo un 2% con localización bilateral correspondiente a Her2neu positivo.

Cuadro y Gráfica 11

Años de Sobrevida

Años de Sobrevida	Her2neu		Total
	positivo	Negativo	
1	35	16	51
2	10	8	18
3	6	3	9
4	7	0	7
5	1	1	2
10	2	0	2
13	1	0	1
Total	62	28	90



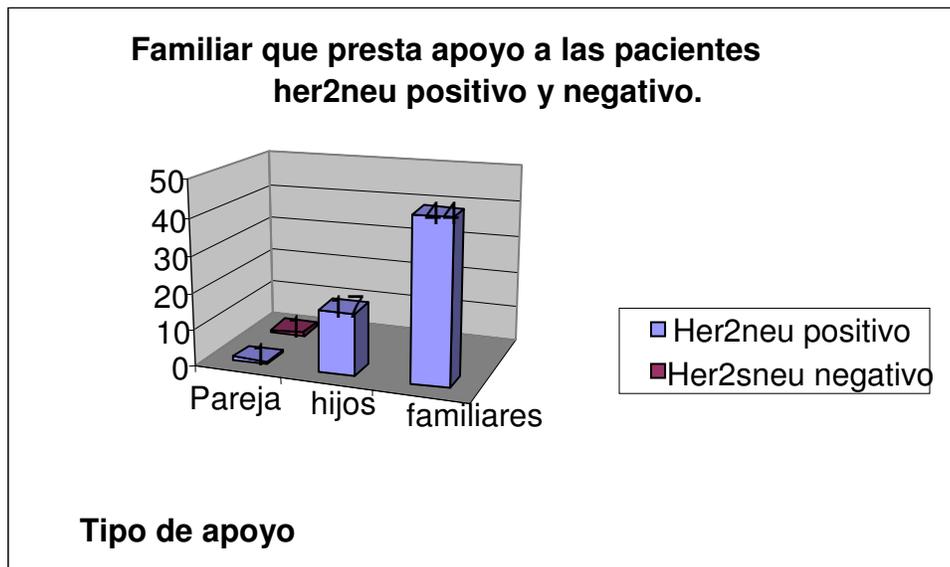
Fuente: Encuestas

En esta grafica se muestra la sobrevida de las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo. Donde observamos una sobrevida máxima de 5 años para las pacientes con her2neu positivo, comparativamente con cáncer her2neu negativo que llega a tener una sobrevida máxima hasta de 13 años. Pero en ambos diagnósticos la mayoría de los pacientes mueren en el primer año, siendo casi el doble para las positivas. Los años de sobrevida para toda la muestra presentaron un rango de 1 a 13 años, con una media de 4.62, mediana de 5 moda de 5, y una desviación estándar de .5

Cuadro y Gráfica 12.

Parentesco del familiar que presta apoyo a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Parentesco del familiar de apoyo	Her2neu		Total
	Positivo	negativo	
Pareja	1	0	1
Hijos	17	15	32
Familiares	44	13	57
Total	62	28	90



Fuente: Encuestas.

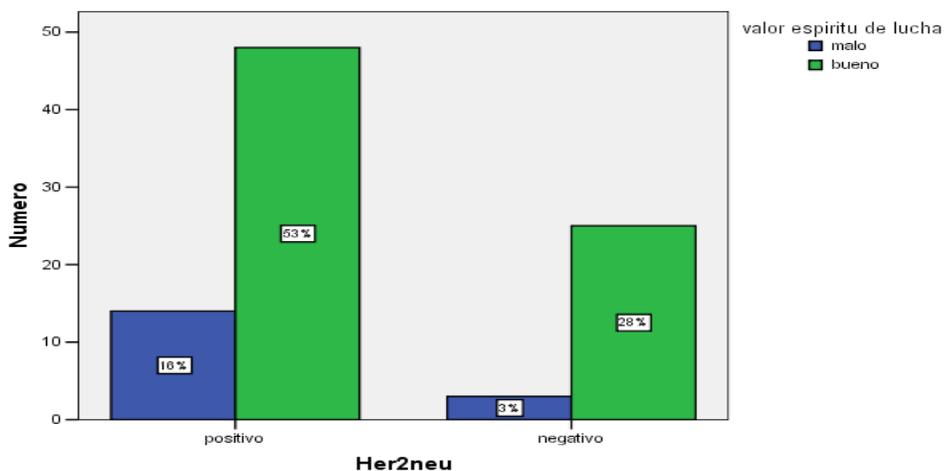
Se midió el tipo de apoyo que la familia otorga se le otorga a la paciente con cáncer de mama her2neu positivo y negativo, por parte de la familia, el rol de la pareja, los hijos y los familiares cercanos donde el 49 y 14% correspondió al mayor apoyo otorgado por parte de los familiares cercanos que correspondió a los padres, her2neu positivo y negativo respectivamente, un 17 y 19% correspondió al apoyo que otorgan los hijos de las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo, y finalmente cabe señalar el escaso apoyo por parte de la pareja en las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo.

Cuadro y Gráfica 13

Buen o mal espíritu de lucha contra la enfermedad

Espíritu de lucha	Her2neu		Total
	Positivo	Negativo	
bueno	14	3	17
malo	48	25	73
Total	62	28	90

Presencia de adaptación al buen o mal espíritu de lucha de las pacientes al cancer Her2neu positivo y negativo



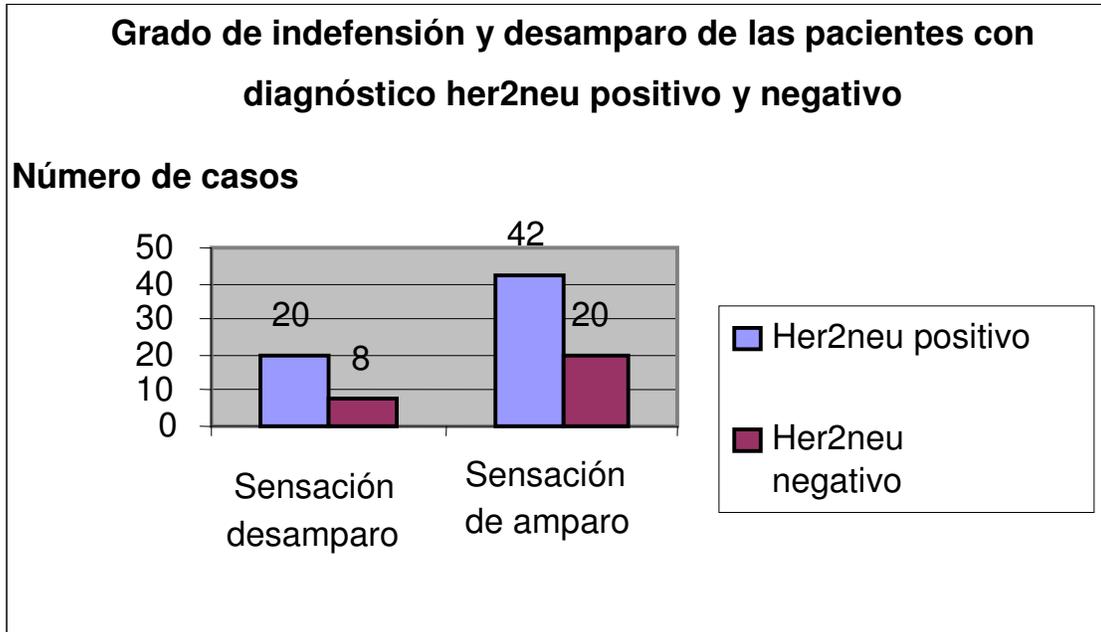
Fuente: Encuestas.

Referente a adaptación de las pacientes al buen o mal espíritu de lucha, encontramos un 53 y 28% correspondió a un buen espíritu para cáncer de mama her2neu positivo y negativo, mientras que para un 10 y 3 % correspondió al porcentaje de mal espíritu de lucha para las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo respectivamente.

Cuadro y Gráfica 14.

Grado de indefensión Amparo, y desamparo de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama

Her2neu	Grado de indefensión		Total
	Desamparo 0 - 12	Amparo 13 - 30	
positivo	18	41	59
negativo	10	21	31
Total	28	62	90



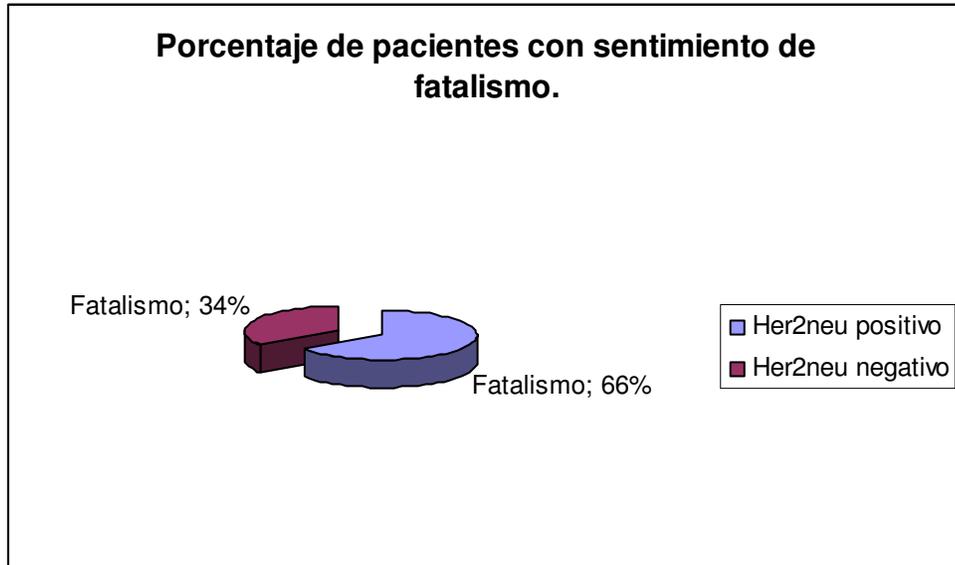
Fuente: Encuestas.

Representa el grado que siente la paciente de amparo, desamparo, indefensión, esperanza, desesperanza de las pacientes que cursan con diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y negativo, donde la sensación de amparo estuvo presente en un mayor número de pacientes y el desamparo fue más evidente en las positivas que en las negativas.

Cuadro y Gráfica 15.

Sentimiento de fatalismo y no fatalismo en las pacientes

Her2neu	Fatalismo	Total
positivo	59	59
negativo	31	31
Total	90	90



Fuente: Encuestas.

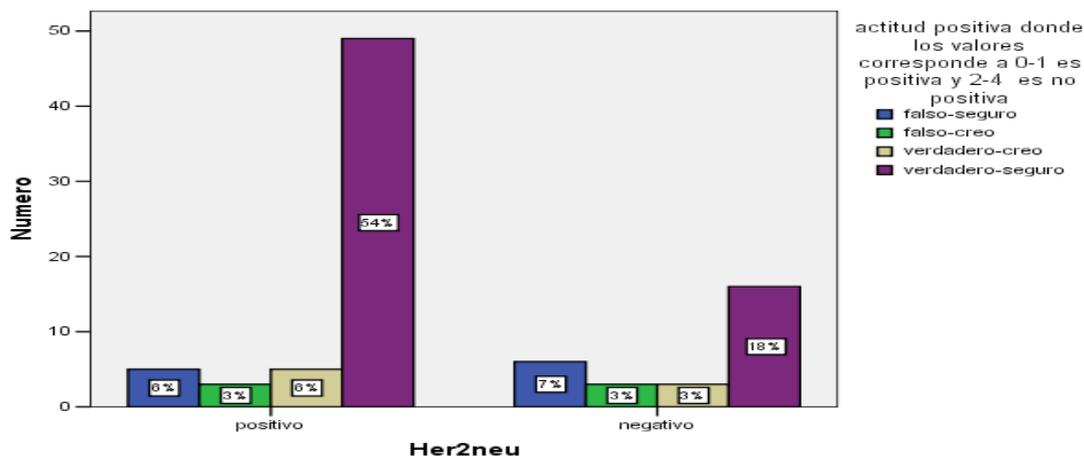
En esta gráfica podemos observar el grado de fatalismo que tienen las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo. Observamos el porcentaje más alto de 66% para las mujeres con diagnóstico her2neu positivo, y de 34% para her2neu negativo.

Cuadro y Gráfica 16.

Actitud positiva de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y negativo.

Actitud Positiva	Her2neu		Total
	positivo	negativo	
niega	5	6	11
Niega con duda	3	3	6
Acepta con duda	5	3	8
Acepta	49	16	65
Total	62	28	90

Es la actitud positiva o no positiva que presentan las pacientes con diagnostico de cancer de mama Her2neu positivo y negativo



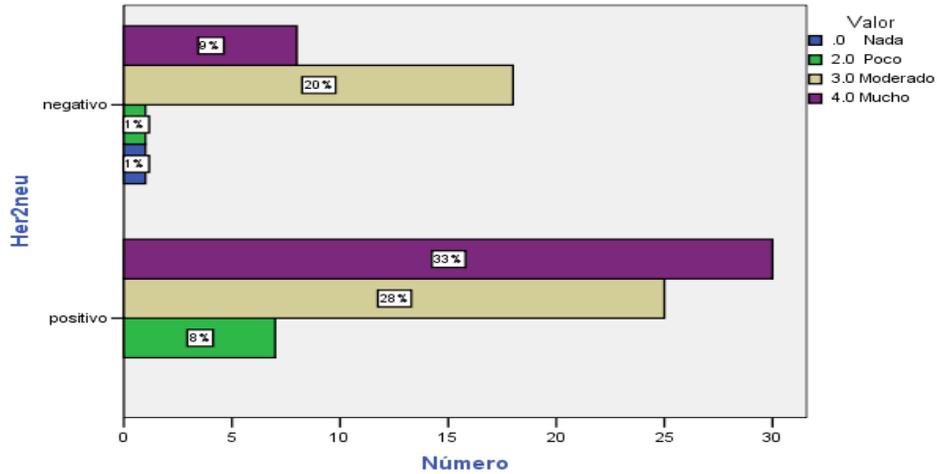
Fuente: Encuestas.

Esta grafica presenta la actitud positiva o negativa de las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo. En ambos grupos existe un mayor porcentaje de pacientes que aceptan que cursan con la enfermedad de cáncer de mama; aun cuando en la clínica se les otorga toda la información necesaria, existen un 6% de pacientes her2neu positivas y un 7% en las negativas que manifiestan con toda seguridad que no tienen la enfermedad, el resto en menores, porcentajes lo aceptan o niegan pero con duda.

Figura y Gráfica 17.

Her2neu	Grado de preocupación de las pacientes para afrontar la enfermedad según el tipo de diagnóstico her2neu				Total
	Nada	Poco	Moderado	Mucho	
positivo	0	7	25	30	62
negativo	1	1	18	8	28
Total	1	8	43	38	90

Valora el grado de preocupación que tienen las pacientes así como, cuestiones relacionadas con la enfermedad, aspecto físico rol familiar de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y negativo.



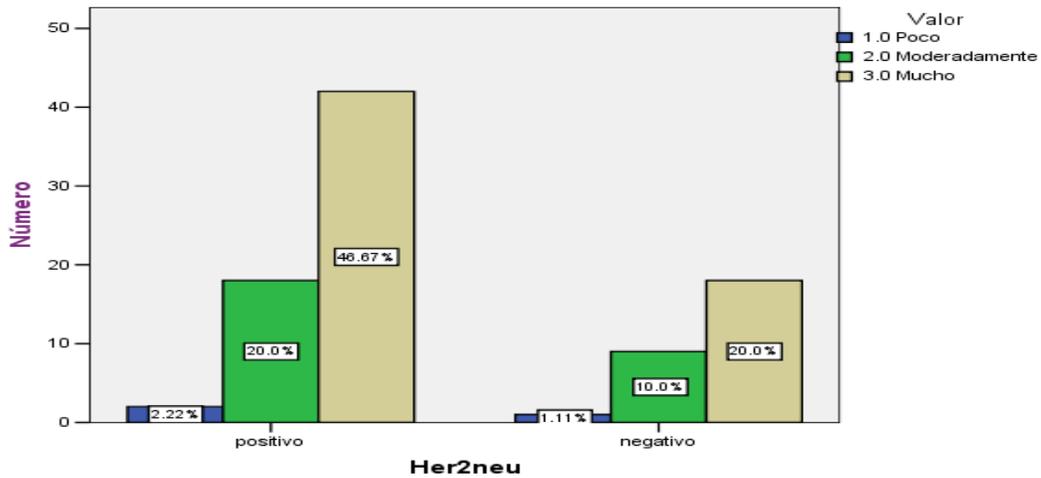
Fuente: Encuestas.

Esta grafica, presenta la creencia de la paciente acerca de la autoeficacia para afrontar la enfermedad, la cual se midió con la Escala de Preocupaciones y Autoeficacia elaborada por J. Ignacio Arrarás,⁷⁵ el grado de preocupación, abarca cuestiones relacionadas con la enfermedad, el aspecto físico, la familia, la actividad laboral y social y la economía familiar. De toda la muestra solamente una paciente con diagnóstico negativo reflejó una puntuación de 0, es decir ninguna preocupación por la enfermedad, en tanto que los positivas reflejaron mayor preocupación y en forma global la mayoría presentaron una preocupación moderada.

Cuadro y Gráfica 18.

Her2neu	Grado de capacidad de las pacientes para enfrentar la enfermedad, con diagnóstico her2neu positivo y negativo.			Total
	2.0	3.0	4.0	
positivo	2	18	42	62
negativo	1	9	18	28
Total	3	27	60	90

Valora el grado de capacidad de las pacientes con cancer de mama her2neu positivo y negativo, conjuntamente con la enfermedad, aspecto fisico rol familiar y calidad de vida.

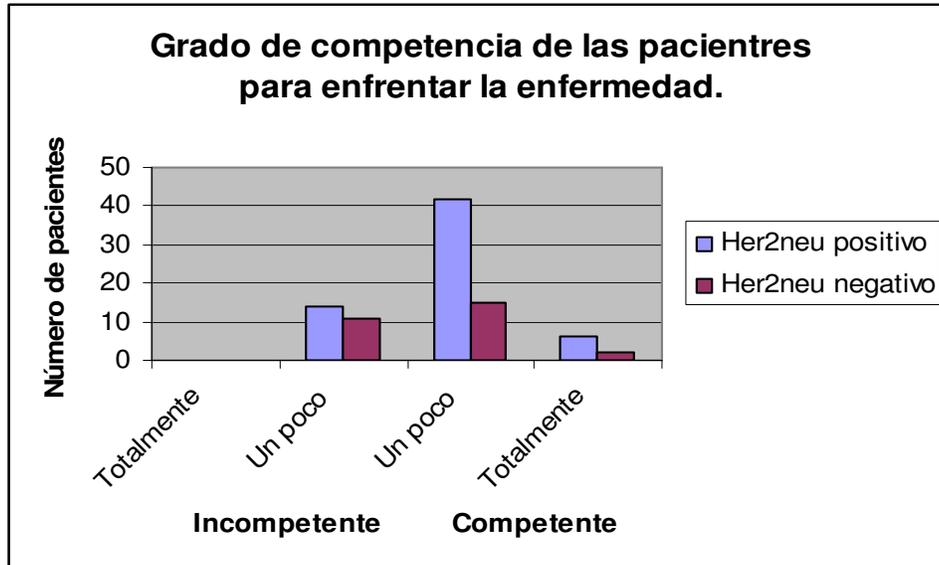


Fuente : Encuestas.

Cuadro y Gráfica 19.

Grado de competencia personal de las pacientes con cáncer de mama Her2neu positivo y negativo.

		Grado de competencia personal, calidad de vida			Total
		2	3	4	
Her2neu	positivo	6	21	35	62
	negativo	3	15	10	28
Total		9	36	45	90



Fuente: Encuestas.

En esta grafica observamos el grado de competencia que muestran las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo que se reporta con una puntuación mínima de 0-8 como totalmente incompetente, del que no se reporta ninguno para ambos tipos de her2neu, un poco incompetente con una puntuación de 24-31 donde observamos un mayor porcentaje de este en las pacientes con her2neu positivo en comparación con her2neu negativo, de 32-47 un poco competente que es la puntuación máxima que encontramos en nuestras pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo siendo mayor porcentaje para las pacientes con her2neu para her2neu positivo. Y como totalmente competente no encontramos ninguna paciente.

10.- DISCUSIÓN

Los carcinomas de mama pueden presentarse a casi cualquier edad de la vida pero son más frecuentes en las mujeres de mayor edad. Suelen escasear en las mujeres menores de cuarenta años y son raros en las menores de treinta. (Ramírez UT, y col) señalan la edad mayor de 40 años, como un factor que incrementa el riesgo, lo que coincide con los resultados de este estudio donde el pico más alto corresponde al grupo de 40 a 49 años, con predominio del diagnóstico positivo en más del doble de casos que en el negativo, a partir del cual decrecen los casos, el otro grupo con mayor número de casos fue el de 30 –39, con predominio del diagnóstico positivo en más del doble de casos que en el negativo, en la delegación Zacatecas, la paciente de menor edad con este diagnóstico correspondió a 20 años. Gráfica 1

En las características individuales encontramos que las derechohabientes entrevistadas tienen un aceptable nivel de escolaridad ya que el mayor porcentaje de entrevistadas tuvieron licenciatura, pero sorprende que mujeres con un buen nivel educativo no cumplan con las medidas de prevención establecidas como estrategias fundamentales por instituciones internacionales de salud como la OMS y la OPS y que son seguidas por los servicios de salud de este país incluido el IMSS, contando desgraciadamente con dos mujeres médicas de profesión. Gráfica 2

El 64% de las mujeres del estudio están casadas, lo que se corresponde con la edad de la pacientes entrevistadas, aunque existen también solteras y divorciadas en menor número, el mínimo 1% de viudez en las negativas puede explicarse por la corta sobrevivencia (cinco años) de las pacientes con diagnóstico her2neu positivo. Gráfica 3

Siendo los miembros de la familia un elemento importante y fundamental para apoyar a la enferma a enfrentar la enfermedad, se investigó el número de pacientes que contaban con pareja al momento de la entrevista resultado un máximo de 48 pacientes con diagnóstico her2neu positivas con pareja y 12 negativas, mientras que carecían de ella 14 mujeres positivas y 16 negativas. Gráfica 4. Igualmente se cruzaron las variables

de “estado civil” y “si contaban con pareja” con el interés de analizar su interrelación, encontrando que existen mujeres casadas que no contaban una pareja y solteras que sí al momento de la encuesta. Gráfica 5.

La mayoría de las pacientes contaban entre 11 y 19 años de unión y un rango de 1 a 56 años, sobre todo, por el caso de una paciente de 76 años con reciente diagnóstico de cáncer, (un año). Una media de 14.66 mediana de 13.00, y una desviación estándar de 13.73. Gráfica 6.

Se preguntó igualmente el número de hijos por paciente y sus edades ya que son también un elemento importante para el apoyo de las enferma o bien una carga agregada para ella si se trata de hijos pequeños, sobre todo menores de cuatro años, ya que la dinámica familiar se ve alterada y se pierde el rol que la madre ejercía, la mayoría de los hijos de la muestra fueron adolescentes y adultos con un porcentaje de 65% y el 35% restante para los de 5 a 14 y los de 0 a 4 años, en tanto que las her2neu positivas fue de 86% adultos y adolescentes y 14 % los restantes, en cuanto al número de hijos las negativas tuvieron el 81% del total de hijos y las positivas el 19%, lo que puede explicarse por la mayor edad de las pacientes, de manera que las positivas tienen menor carga familiar. En la muestra general, el número de hijos presentó una media de 2.47, mediana 2.00, moda 2.00 y ds. 1.85, Gráficas 7 y 8

Dentro de los resultados del estudio encontramos que la muestra se dividió en un mayor porcentaje para las pacientes con her2neu positivo con un 62%, y el restante 28% negativo, lo que significa que la mayoría de las pacientes tuvieron un diagnóstico y pronóstico malo a su enfermedad debido a mayor letalidad, poca respuesta a los tratamientos y corta sobrevida ya que en este estudio reflejó un máximo de 5 años para las positivas en tanto que para las negativas fue de 13 años, aunque en ambos caso la mayoría mueren en el primer año. siendo casi el doble de positivas que negativas. Sobre todo, debido a que la mayoría fueron detectadas en etapas III y IV. En cuanto a su localización en este estudio y coincidente con, tanto en las her2neu positivas como

negativas en la mama derecha más que en la izquierda y solamente un caso bilateral. Gráfica 9.

Se midió el tipo de apoyo a través del miembro de la familia que se lo otorga a la paciente con cáncer de mama her2neu positivo y negativo, resultando que la mayoría de las veces son los familiares cercanos, principalmente madre y hermanas, es decir las mujeres de la familia, las que otorgan mayor apoyo, probablemente relacionado con el rol de cuidadora que socialmente se le atribuye, en un menor porcentaje participaron los hijos y en un sólo caso fue la pareja, a pesar de que el 66% contaban con ella. Gráfica 10.

Los siguientes resultados que según El Institute National del Cancer en EEUU, se refieren a el impacto que la enfermedad del cáncer de mama tiene en la vida de las pacientes, principalmente a través de la modificación de la calidad de vida personal, familiar y laboral, así como las alteraciones que se presentan en la dinámica familiar como la modificación de los roles, el impacto económico, la relación de pareja y su vida sexual, así como con los hijos, padres o hermanos y amigos. Las cuáles se evaluaron a través del MAC en cuanto a las emociones experimentadas por la paciente y las estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad. Grafica 11.

Referente a adaptación de las pacientes al buen o mal espíritu de lucha, que se asocia a la percepción de control, afrontamiento positivo, adaptación emocional y calidad de vida encontramos un 53 % de buen espíritu de lucha en las pacientes her2neu positivo y de 28% en las negativas, mientras que sólo un 10 y un 3 % respectivamente tuvieron puntuaciones desfavorables. Grafica 12.

El rubro de indefensión y desamparo se relaciona con la percepción de falta de control y estado emocional negativo, representa el grado que sienten las pacientes de amparo, desamparo, indefensión, esperanza, y desesperanza, que cursan con diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo y negativo donde el mayor porcentaje fue en las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo.

Muy probablemente en relación a lo que significa el diagnóstico de cáncer de mama her2neu positivo, este grupo presentó el mayor porcentaje de una actitud de afrontamiento de fatalismo del 66%, en tanto que a las her2neu negativas solamente el 34%. Por el otro lado la actitud positiva o negativa de las pacientes hacia el cáncer de mama encontramos que en ambos grupos her2neu positivo y negativo, existe un mayor porcentaje de pacientes que aceptan que cursan con la enfermedad de cáncer de mama; aun cuando en la clínica se les otorga toda la información necesaria, existen un 6% de pacientes her2neu positivas y un 7% en las negativas que manifiestan con toda seguridad que no tienen la enfermedad, es decir que la estrategia de afrontamiento que se genera es la negación, en otros estudios como el de J. Ignacio Ararás,⁷⁶ no encontraron pacientes con esta característica, a lo que el autor señala que las pacientes con este afrontamiento pueden negarse a participar en el estudio.

La grafica 18 y 19 presentan los resultados de la creencia de la paciente acerca de la autoeficacia para afrontar la enfermedad, la cual se midió con la Escala de Preocupaciones y Autoeficacia elaborada por J. Ignacio Arrarás,⁷⁷ el grado de preocupación, abarca cuestiones relacionadas con la enfermedad, el aspecto físico, la familia, la actividad laboral y social y la economía familiar. Vistos por separado, solamente una paciente con diagnóstico negativo reflejó una puntuación de 0, es decir ninguna preocupación por la enfermedad, en tanto que 30 de las positivas mostraron mucha preocupación, en comparación de 8 de negativas, vistas en conjunto la mayoría de las pacientes reflejaron una preocupación moderada, aun cuando el 56% de las entrevistadas contaban solamente con un año de haber sido diagnosticada, ya que como señala el mismo autor, las preocupaciones suelen ser mayores en los primeros meses.⁷⁸ Siendo fundamentales en este tipo de cáncer la preocupación por el aspecto físico y las relaciones sexuales, sobre todo, si existen tratamientos radicales con pérdida de la mama. En el grado de capacidad por el contrario, no hubo ninguna paciente que se sintiera totalmente incapaz, siendo las de actitud más favorable, que se sienten muy capaces, las de diagnóstico positivo, más que las de negativo, contrariamente a lo que pudiera esperarse.

El grado de competencia que muestran las pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo que se reporta con una puntuación mínima de 0-8 como totalmente incompetente, del que no se reporta ninguno para ambos tipos de her2neu, un poco incompetente con una puntuación de 24-31 donde observamos un mayor porcentaje de este en las pacientes con her2neu positivo en comparación con her2neu negativo, de 32-47 un poco competente que es la puntuación máxima que encontramos en nuestras pacientes con cáncer de mama her2neu positivo y negativo siendo mayor porcentaje para las pacientes con her2neu negativo que para her2neu positivo. Y como totalmente competente no encontramos ninguna paciente.

La totalidad de los pacientes del estudio no presentaron ninguna puntuación por arriba del punto de corte debido a lo cual no se graficó, es decir que ninguno llegó a presentar ese nivel de preocupación.

11.- CONCLUSIONES

Cuando tratamos a un grupo familiar es para percibir su funcionamiento como una unidad dinámica de apoyo y cuidado para tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El Diagnóstico de cáncer de mama Her2neu positivo y negativo es un acontecimiento vital y estresante que produce en las pacientes dificultades psicopatológicas y un deterioro de su dinámica familiar que repercute en detrimento de la calidad de vida.

Todos los miembros de la familia de pacientes con cáncer de mama independientemente del reporte del marcador tumoral positivo o negativo del her2neu cursan con: Ansiedad, depresión, agotamiento, resentimiento, trastornos del sueño, trastornos de alimentarios, sentido de desamparo, miedos.

Las familias no se pueden considerar el apoyo natural para las pacientes con cáncer de mama, ellos también necesitan el apoyo, la ayuda, el aprendizaje, de cómo ayudar a la paciente tras el diagnóstico así como la repercusión de la misma.

Por lo tanto concluimos en el presente trabajo que el manejo de las pacientes con cáncer de mama Her2neu positivo y negativo y sus familias debe de ser manejado por un equipo multidisciplinario que involucre los tres niveles de salud. Cumpliendo con esto nuestros objetivos tanto generales como específicos del presente trabajo

12.-Referencias Bibliográficas

1. Huerta G JL Y Cols. Estudio de Salud Familiar PAC MF-1, Ed. Intersistemas, Méx. 1999, Pág. 44.
2. Idem., Huerta G JL Y Cols. "Estudio de Salud Familiar PAC MF-1" Pág. 5-57
3. Idem., Huerta G JL Y Cols. "Estudio de Salud Familiar PAC MF-1" Pág. 45-58
4. Blaider L; cáncer y Familia: aspectos Teóricos y Terapéuticos; International Journal of Clinical and Health Psychology, Asociación Española Conductual: Granada Esp.sept, año2003 Vol.3, Pág. 505.
6. Huerta G JL Y Cols. Estudio de Salud Familiar PAC MF-1, Ed. Intersistemas, Méx. 1999, Pág. 5-57.
7. Carter y Mac Goldrick, citados por Egiluz, R.Luz de Lourdes y colaboradores, pág. 8.
8. Huerta G JL, PAC MF'1, Estudio DE la salud familiar, edIntersistemas, Ed.1999, Méx. Pág. 24-26.
9. Herrera A A., La Familia como unidad de análisis, HGZ 25 IMSS, UNAM. DF.2006, PÁG. accesada 2007 disponible en: www.geocites.com.
10. Idem. Herrera A A., La Familia como unidad de análisis, HGZ 25 IMSS, UNAM DF.2006, PÁG. accesada 2007 disponible en: www.geocites.com.
11. Atri y Z R. Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar, concepto de normalidad familiar Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja; .Ed. PAX MÉXICO.1ra ed. Méx.; 2006, Pág. 1-25.

-
12. Buena salud.com: lib: emailorprint.cfm, 2001; México accesada 2007, disponible en: www.buenasalud.com.
 13. Hidalgo P M, Crisis Familiares Normativas y Paranormativas, Publicaciones, La Habana, Cuba, 2003 actualizada 2003 y accesada 2006, disponible en: www.ilustrados.com.
 14. Buena salud.com: lib: emailorprint.cfm, 2001; México accesada 2007, disponible en: www.buenasalud.com. Definición de Psico-oncología.
 15. Carter y Mac Goldrick, citados por Egiluz, R.Luz de Lourdes y colaboradores, pág. 8.
 16. Estápe, T., Psico-oncología Rev. del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Españoles, Barcelona España., 2007 accesada 2007 disponible en: [WWW.psicooncologia del cáncer de mama](http://WWW.psicooncologia.del.cancer.de.mama).
 17. Calidad de vida, la construcción de la ciudad sostenible; año 2005, España accesado 2007, disponible en: www.habitat.aq.upm.es.Habitabilidad.
 18. Institute National of Cancer Calidad de Vida, EEUU 2006, accesada 2007, disponible en: [www.institute National del cancer.gov](http://www.institute.National.del.cancer.gov).
 19. Sebastián HJ. y Cols. Programa de intervención psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama: Evaluación de resultados. Universidad Autónoma de Madrid; año 1996-1999. Esp.; Pág. 1-8.
 20. Servera S.y Auba E.; Calidad de vida y Dinámica Familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama; Boletín de Psicología, num. 85, Nov. Valencia, Esp. año 2005; pag 1-4.
 21. Pérez CC .Atención Integral a Pacientes Oncológicos en la atención primaria de salud. Med Gen Integral Cuba 2001 accesada 2006 disponible en: www.scielo.sld.cu.
 22. Blanco B K. Manual Instructivo para la detección precoz del cáncer de mama Software; Villa Callar, Cuba, 2005 accesada 2007 disponible en: www.monografías.com.

-
23. American Cancer Society; Información de referencia sobre cáncer para Después del diagnóstico; guía para pacientes y sus familiares; EEUU 2007 accesada 2007 disponible en: www.cancer.gov.American.
 24. Zucré Z. Depresión y cáncer de mama, Clínica El Ávila, Caracas, Venezuela;2007 accesada 2007 disponible en: www.senosalud.com.
 25. Alba A. Estudió de la dinámica familiar en la adaptación al cáncer de mama. Peligra el matrimonio de las pacientes con cáncer de mama cuando el nivel de cohesión es bajo; clínica Universitaria; Pamplona; año2006.España, accesada 2007 disponible en [www. dinamica familiar y cáncer de mama](http://www.dinamicafamiliarycancer.com).
 26. Herrera G Á y Cols. “Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos”, en: El Cáncer un Programa de Salud Pública, Editorial Mc Grawhill, Méx. 2004. Pág. 1 – 9.
 27. Fernández C S. Carlos, PACGO1PAC.Programa de Actualización Continua para el Gineco-Obstetra, Ed. Inter sistemas, Méx.1998 Pág.5-7.
 28. Blanco B K. Manual Instructivo para la detección precoz del cáncer de mama Software; Villa Callar, Cuba, 2005 accesada 2007 disponible en: www.monografias.com.
 29. Idem Blanco B K. Manual Instructivo para la detección precoz del cáncer de mama Software; Villa Callar, Cuba, 2005 accesada 2007 disponible en: www.monografias.com.
 30. Montero Ruiz, Juan, “Historia del tratamiento del cáncer de mama” en: Tumores malignos de la mama, Tomado de: <http://www.uninet.edu>.
 31. Fernández C S. Carlos, PACGO1PAC.Programa de Actualización Continua para el Gineco-Obstetra, Ed. Intersistemas, Méx.1998, Pág. 5-7.
 32. Organización Mundial de la Salud; El Informe mundial sobre el cáncer los principales tipos de tumores malignos, su detección precoz y su tratamiento. I CIIC, Pág. 2-98

-
33. Organización Mundial de la Salud, OMS, El Informe Mundial sobre el cáncer, Ed. CIIC, Ginebra, 2003, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/print.html>.
 34. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la OMS, Estrategia Regional y plan de acción para un enfoque integrado, sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, Washington, D.C. OPS, 2007. ISBN 978 92 7 532826 2.
 35. Benjamin O. Anderson, Roman Shyyan, Alexandru Eniu, et al, Breast Cancer in Limited-Resource Countries: An Overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines, Breast Health Global Initiative, 2005.
 36. Neugut IA, Li P F, Epidemiología y Prevención del Cáncer, Méx.2005, actualizada 2005 accesada 2006 disponible en: www.sanamed.com.mx.
 37. Robles C S, Galanis E, “El Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe”, Rev. Panam Salud Publica-Pan Am J Public Health Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2002, actualizada 2002 accesada 2006 disponible en: www.revpanam.saludpublica.pan.
 38. Prosnitz R L y Cols. Oncología Clínica, Cáncer de Mama, University Of Rochester Cancer Center, New York 2003. actualizada 2005 accesada 2006, disponible en: www.msd.com.
 39. Op. cit., Robles C S, Galanis E, “El Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe.
 40. Poblano-V M y Cols. Condicionantes Institucionales que influyen en la utilización del Examen Clínico de la Mama, Salud Publica, Méx. 2004,(46) PAG. 294-305.
 41. Mohar B A, Frías M M. Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos. Epidemiología del Cáncer, Ed. Mc Grawhill, Méx. 2004, pág. 1- 21.
 42. Martín Miguel, Anticuerpos Monoclonales Anti Her2neu en Cáncer de Mama, Oncología Médica, Hospital San Carlos, Madrid, Esp. 2006, accesada 2006 disponible en: www.cancerde mama.es.
 43. Neugut I A y Li PF Epidemiología y Prevención del Cáncer, Mex. Actualizada 2005 accesada 2006 disponible en: www.sanamed.com.mx.
 44. González A G, Fajardo R A, El Internista, oncología Médica, 2da. Ed. Méx. 2002, Pág. 1442-1444.

-
45. Mohar B A. Frías M M. Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos. Cáncer de Mama, Ed. Mc Grawhill, Méx. 2004, pág. 9-21.
 46. Ramírez U y Cols. Manual de Oncología, Epidemiología del Cáncer. Ed. Mc Grawhill, Méx. 2004, pág. 9-21.
 47. Cárdenas S y Cols Consenso Sobre Tratamiento del Cáncer Mamario, Revisión 2000, Méx. 2000, Pág. 24-33.
 48. Mohar B A. Frías M M. Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos. Cáncer de Mama, Ed. Mc Grawhill, Méx. 2004, pág. 9-21.
 49. Epidemiología del Cáncer Mamario en México, Poder Legislativo, Capítulo 2. Méx. Actualizado 2006 disponible en: [www.epidemiologia](http://www.epidemiologia.delcancerdemama.gob.mx) del cancerdemama.gob.mx.
 50. Caire G y cols, Mortalidad por cáncer mamario como terapia inicial para el estudio de factores de riesgo, universidad de Arizona, EEUU 2006, accesada en 2006, disponible en: www.epidemiologia del cáncer de mama.
 51. Martínez M G y Cols Detección y Atención Integral del Cancer de Mama, Epidemiología, Ed. Coordinación de Programas Integrados e Salud del IMSS, Méx. 2005, Pág. 7-8.
 52. Martínez M G y Cols Detección y Atención Integral del Cancer de Mama, Epidemiología, Ed. Coordinación de Programas Integrados e Salud del IMSS, Méx. 2005, Pág. 7-10.
 53. Fuente de Cubos de información de la DGIS – Bases de Datos del INEGI, Méx. 2005.
 54. Ramírez U T y Cols, Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos, cáncer de Mama, Ed. Mc Grawhill, Méx. 2004, Pág.472-474.
 55. San Miguel A. Y Cols. Factores Pronósticos del Cáncer de Mama y Oncogen Her2neu, Rev. Electrónica de Biomedicina, Electronic Journal Of. Biomedicine, Esp. 2006, España, accesada 2006 disponible en: [www.rev electronic de biomedicina](http://www.rev-electronic-de-biomedicina).
 56. San Miguel A. Y Cols. Factores Pronósticos del Cáncer de Mama y Oncogen Her2neu, Rev. Electrónica de Biomedicina, Electronic Journal Of. Biomedicine, Esp. 2006, España, accesada 2006 disponible en: [www. rev electronic de biomedicina](http://www.rev-electronic-de-biomedicina).

-
57. Ramírez U T y Cols. Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos, Cáncer de Mama, Ed. Mc Grawill, Méx. 2004, Pág. 473-475.
58. Quirúrgicos, Cáncer de Mama, Ed. Mc Grawhill, Méx. 2004, Pág. 472-492. Herrera G Á y Cols. Manual de Oncológica, Procedimientos
59. Idem Quirúrgicos, Cáncer de Mama, Ed. Mc Grawhill, Méx. 2004, Pág. 472-492. Herrera G Á y Cols. Manual de Oncológica, Procedimientos.
60. Casiato Denis A. Oncología Clínica, 8va Ed, Marban Esp. 2003, Pág. 267-299
61. Idem Casiato Denis A. Oncología Clínica, 8va Ed, Marban Esp. 2003, Pág. 267-299
62. Ramírez U T y Cols, Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos, cáncer de Mama, Ed. Mc Grawill, Méx. 2004, Pág.472-474.
63. Ramírez U T y Cols, Manual de Oncología, Procedimientos Quirúrgicos, cáncer de Mama, Ed. Mc Grawill, Méx. 2004, Pág.462-464.
64. Hasked M Ch, Oncología Clínica, "Cáncer de mama", Ed. Marban, Madrid, Esp.2001, Pág. 219-237.
65. National Cancer Institute, Cáncer de Seno. Terapia adyuvante, U.S. National Institute of Health, EEUU, 2006, accesada 2006 disponible en: www.cancer.gov.englishespanol
66. Prosnitz L y Cols, Oncología Clínica, Cancer de Mama, Universidad de Rochester, Cancer Center, New York actualizada 2005 y accesada 2006, disponible en www.msd.com.
67. National Cancer Institute, Cáncer de Seno, U.S. National Institutes Of. Health, EEUU, 2006, accesada 2006 disponible en: www.cancerbreas.gov.us.
68. Geocites, Cáncer de mama 2006, accesada 2007, disponible en: www.geocites.com.cancer.
69. Breast International group BIG y Roche, Ensayo Hera-Internacional, Europa, Nueva Zelanda, América Latina, Canadá, Australia, Japón. 2005 accesada 2006 disponible en: www.estudiohera.cancerdemama.

-
70. National Cancer Institute, Cancer of breast PDQ, EEUU, 2006, accesado 2006, disponible en: www.cancer.gov/englishespanolpdqtratamietosenoHealth, Professional page.
71. Martín M., Anticuerpos Monoclonales Anti-her2neu en Cáncer de Mama .trastuzumab. Hospital Universitario de San Carlos, Madrid, Esp.2006, accesada 2006, disponible en: www.cancer de mama.es.
72. Cabrera M CM.,Oncología Barcelona, Estudio Comparativo de la Amplificación de Her2neu Mediante FISH y PCR Cuantitativa en tiempo real en tumores de mama, Vol. 28 No.10, Madrid, Esp.,2005, Pág. 1-8.
73. San Miguel A. Y Cols. Factores Pronósticos del Cáncer de Mama y Oncogen Her2neu, Rev. Electrónica de Biomedicina, Electronic Journal Of. Medicine, Hospital Universitario, Valladolid Esp.2006, accesada 2006, disponible en: www rev. Bioelectrónica de biomedicina.
74. Martín M, Anticuerpos Monoclonales Anti-Her2neu en Cáncer de Mama. Trastuzumab, Hospital Universitario San Carlos, Madrid, Esp. 2006 accesada 2006, disponible en: www.cancer de mama.es.
75. Arras JI, Martínez y cols La Evaluación de la calidad de vida del paciente Oncológico, El Grupo de la Calidad de vida de la EORTC, N avara España 2005 accesada 2007 disponible en: www. calidad de vida cáncer eortc qcq30.

ANEXOS

Anexo 1

Escala cedula de Identificación

Anexo 2

T. N. M. Tumor, Nódulos Y metástasis

Anexo 3

Escala de Fisher para determinar Her2neu positivo o negativo

Anexo 4

Encuesta Arras QCQ 30 de La EORC para Cáncer de mama calidad de vida y dinámica familiar

Anexo 5

Consentimiento Informado

ANEXO 1

Cedula de Identificación

ENTREVISTA INICIAL

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Edad:

Estado Civil:

Núm. De Hijos:

Estudios realizados:

Profesión o situación laboral

Nombre de la Enfermedad:

Antecedentes Médicos Personales:

Fecha de Ultima Menstruación:

Tipo de Tumor:

Localización:

Fecha en Recibió el Diagnóstico:

Tipo de Intervención efectuada y fecha:

Tratamiento Prescrito:

Datos Psicológicos

Antecedentes Personales de Enfermedad Psicológica:

Apoyo Social:

Relaciones de Pareja:

Relación con los hijos:

Relaciones con Otros Familiares Próximos:

Relaciones con Amistades:

Relaciones Laborales:

Situaciones de Estrés:

ANEXO 2

Escala utilizada. Tumor, Nódulos, Metástasis (TNM)

El estadio “T” es como sigue:

Tis- “cancer in situ”- un tumor muy superficial, sin invasión a la pared del estómago.

T1- el tumor invade únicamente las porciones superficiales de la pared del estómago

T2- el tumor invade las capas más profundas de la pared del estómago

T3- el tumor se extiende a través de la pared del estómago a la grasa que está afuera del estómago

T4- el tumor se extiende afuera de la pared del estómago e invade a otros órganos

El estadio “N” es como sigue:

N0- no invasión a los ganglios linfáticos

N1- el tumor invade 1-6 ganglios linfáticos

N2- el tumor invade 7-15 ganglios linfáticos

N3- el tumor invade más de 15 ganglios linfáticos

El estadio “M” es como sigue:

M0- el tumor no se ha esparcido a otros órganos

M1- el tumor ha invadido otros órganos

El estadio general es basado en la combinación de éstos parámetros **T, N, M:**

Estadio IA- T1N0M0

Estadio IB- T1N1M0 ó T2N0M0

Estadio II- T1N2M0 ó T2N1M0 ó T3N0M0

Estadio IIIA- T2N2M0 ó T3N1M0 ó T4N0M0

Estadio IIIB- T3N2M0 ó T4N1M0

Estadio IV- T4N2M0 ó T1-3N3M0 ó T4N2-3M0 ó cualquier M1

El sistema Modificado Astler-Coller (MAC) es más simple (agradecidamente), pero puede corresponder al sistema TNM:

Sistema MAC	EstadioTNM	Características
A	TisN0M0	Los ganglios linfáticos no están afectados; el tumor está muy superficial en el estómago
B1	T1-2N0M0	Los ganglios linfáticos no están afectados; el tumor está más profundo, pero todavía dentro de la pared del estómago (no la ha atravesado totalmente)
B2	T3N0M0	Los ganglios linfáticos no están afectados; el tumor ha atravesado la pared del estómago)
B3	T4N0M0	Los ganglios linfáticos no están afectados; el tumor ha invadido a otros órganos
C1	Tis-2N1-3M0	Los ganglios linfáticos están afectados, pero el tumor no ha atravesado la pared del estómago
C2	T3N1-3M0	Los ganglios linfáticos están afectados y el tumor ha atravesado la pared del estómago
C3	T4N1-3M0	Los ganglios linfáticos están afectados y el tumor ha invadido a otros órganos

ANEXO 3

ESCALA DE FISHER (Her2neu)

FISH.- Mide las concentraciones del gen dentro de la célula. Permite determinar que pacientes tienen más probabilidades de responder al tratamiento.

Los métodos actuales utilizados para la determinación de Her2neu son la hibridación in situ por fluorescencia (FISH) y el método de tinción inmunohistoquímica (IHQ).

El Método FISH mide la amplificación del gen, indicando el número de copias presentes. Si dicho número de copias es mayor de 2, el resultado se considera positivo, la cuantificación es precisa.

Tabla Resumen Comparativo De Las Diferentes Técnicas Utilizadas En La Determinación De Her2neu.

	Suero	Ihq	Fish
Efecto De Almacenamiento	No	Si	No
Estandarizada	Si	No	Si
Cuantitativa	Si	No	
Susceptible De Interpretación	No	Si	No
Sensibilidad	Alta	Buena	Alta
Especificidad	Alta	Buena	Alta

ANEXO 4

ENCUESTA ARRAS QCQ 30 PARA CANCER DE MAMA DE LA ERCOT

A.2.1. CUESTIONARIO SOBRE AJUSTE MENTAL A LA ENFERMEDAD (MAC)

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

FECHA: DÍA.....MES.....AÑO.....

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece su enfermedad. Por favor, señale el número adecuado a la derecha de cada frase, indicando hasta qué punto pueden aplicarse a Ud. en el presente. Si es **segura de que no** puede aplicarse a Ud., señale el 1 en la primera columna, si **creo que no** puede aplicarse a Ud., señale el 2 en la segunda columna, si **creo que sí** que puede aplicarse a Ud., señale el 3 en la tercera columna, y si está **segura de que sí** puede aplicarse a Ud., señale el 4. El 1 y el 2 equivalen a FALSO; el 3 y el 4 equivalen a VERDAD.

0. Por favor, escriba el nombre de su enfermedad:.....

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, cambiar la dieta).....	1	2	3	4
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme.....	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.....	1	2	3	4
4. Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud.....	1	2	3	4
5. No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad.....	1	2	3	4
6. Creo firmemente que mejoraré.....	1	2	3	4
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas.....	1	2	3	4
8. Dejo todo en manos de mis médicos.....	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no me queda esperanza.....	1	2	3	4
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico).....	1	2	3	4
11. Desde que conozco mi diagnóstico				

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo).....	1	2	3	4
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo.....	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento.....	1	2	3	4
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud.....	1	2	3	4
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme.....	1	2	3	4
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre.....	1	2	3	4
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo.....	1	2	3	4
20. Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mi misma.....	1	2	3	4
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí.....	1	2	3	4
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.....	1	2	3	4
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.....	1	2	3	4
24. De momento, procuro vivir día a día.....	1	2	3	4
25. Me siento como si me hubiera rendido....	1	2	3	4
26. Trato de tomármelo con sentido del humor.....	1	2	3	4
27. Hay gente que se preocupa por mí más que yo misma.....	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo.....	1	2	3	4
29. Intento conseguir toda la información				

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
31. Trato de tener una actitud muy positiva...	1	2	3	4
32. Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad.....	1	2	3	4
33. Evito informarme más sobre la enfermedad.....	1	2	3	4
34. Veo mi enfermedad como un reto.....	1	2	3	4
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.....	1	2	3	4
36. Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer.....	1	2	3	4
37. Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado.....	1	2	3	4
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna.....	1	2	3	4
39. Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad.....	1	2	3	4
40. Intento luchar contra la enfermedad.....	1	2	3	4

A.3.1. ESCALA DE AUTOEFICACIA:

A continuación le mostramos un listado de cuestiones que pueden llegar a preocupar en alguna medida.

Anote al lado el **grado en que le preocupa cada una** según sea:

- 0- Nada
- 1- Poco
- 2- Moderadamente
- 3- Mucho

Especifique también el **grado en que usted se siente capaz de afrontar**, controlar superar cada cuestión:

- 0-Nada capaz
- 1- Poco capaz
- 2- Moderadamente capaz
- 3- Muy capaz

ESCALA DE AUTOEFICACIA		
Cuestiones relacionadas con la enfermedad:	Grado de preocupación	Grado de capacidad
1-La enfermedad en sí.		
2-Incertidumbre hacia el futuro.		
3-Tratamientos a seguir		
4-Síntomas físicos molestos como dolores, náuseas, etc.		
5-Sentirse triste.		
6-Tener pensamientos sobre la muerte.		
7-Discutir opciones de tratamiento con el médico. Hablar con el médico sobre la enfermedad.		
8-Tener que ir frecuentemente al hospital.		
Cuestiones relacionadas con el aspecto físico:		
9-Sentirse diferente.		
10-Ausencia de una mama y/o cicatriz.		
11-Tener que usar una prótesis.		
12-Tener que usar un vestuario especial.		
13-Efectos antiestéticos del tratamiento como adelgazar, caída del cabello, etc.		
14-Relaciones con la pareja.		

ESCALA DE AUTOEFICACIA	Grado de preocupación	Grado de capacidad
18-Pedir ayuda a la pareja.		
19-Miedo a expresar sentimientos desagradables ante la pareja.		
Cuestiones relacionadas con la familia:		
20-Relaciones con los hijos.		
21-Relaciones con otros familiares próximos (padres, hermanos)		
22-Efecto de la enfermedad en los otros. Preocupación.		
23-Pedir ayuda a la familia.		
24-Miedo a expresar sentimientos desagradables ante la familia.		
Cuestiones relacionadas con la actividad laboral:		
25-Cuidados de la casa y los hijos.		
26-Estar de baja.		
27-Incapacidad para hacer algunas cosas. Rendir menos en el trabajo.		
28-Preguntas de los compañeros de trabajo.		
29-Vuelta al trabajo.		
Cuestiones relacionadas con la actividad social:		
30-Salir con amigos.		
31-Enfrentarse a preguntas referentes a la enfermedad.		
32-Reiniciar actividades sociales y lúdicas.		
33-Pedir ayuda a los amigos.		
34-Miedo a expresar sentimientos desagradables ante los amigos.		
Cuestiones relacionadas con las finanzas:		
35-Gastos debidos a la enfermedad.		
36-Menores ingresos por no trabajar.		

GRADO DE PREOCUPACIÓN:

- 0- Nada
- 1- Poco
- 2- Moderadamente
- 3- Mucho

GRADO DE CAPACIDAD:

A.4.1. ESCALA DE COMPETENCIA PERSONAL

Indique, por favor, si está o no de acuerdo con estas afirmaciones aplicadas a usted.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo éxito en los proyectos que emprendo.	1	2	3	4	5	6
2. Normalmente las cosas no salen como las planeo.	1	2	3	4	5	6
3. Me resulta difícil solucionar mis problemas.	1	2	3	4	5	6
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	1	2	3	4	5	6
5. Me desenvuelvo bien en cualquier situación.	1	2	3	4	5	6
6. Cuando intento cambiar lo que me desagrada no lo consigo.	1	2	3	4	5	6
7. No importa lo que me esfuerce, las cosas no me van como yo quisiera.	1	2	3	4	5	6
8. En general soy capaz de conseguir lo que me propongo.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 5

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
CALIDAD DE VIDA Y DINAMICA FAMILIAR EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA
HER2NEU POSITIVO Y NEGATIVO

dada la información que me fue otorgada previamente de manera amplia y clara.

Registrado ante el comité local de investigación médica.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Zacatecas, Zacatecas a _____ de _____ del 2007.

Nombre o firma del paciente

Firma del testigo.

Firma de testigo.

Investigador