



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN Y COLIMA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE MAMA EN LA UMF N° 45 GABRIEL
ZAMORA**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CUAUHTÉMOC CAMPOVERDE MEDINA

Morelia, Michoacán, 2009



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.

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE MAMA EN LA UMF N° 45 GABRIEL
ZAMORA**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CUAUHTÉMOC CAMPOVERDE MEDINA

A U T O R I Z A C I O N E S :

Dr. OCTAVIO CARRANZA BUCIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN
LA UMF No 75 MORELIA MICHOACAN

ASESOR DE TESIS

Dra. MARÍA DE LOS ÁNGELES RENTERÍA ORTIZ
MÉDICO FAMILIAR
PSICOTERAPEUTA FAMILIAR

Morelia, Michoacán, 2009

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE MAMA EN LA UMF N° 45 GABRIEL
ZAMORA**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CUAUHTÉMOC CAMPOVERDE MEDINA

A U T O R I Z A C I O N E S

Dr. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

Dr. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

Dr. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

AGRADECIMIENTOS

A MIS MAESTROS: Al Dr. Octavio Carranza Bucio, Dra. María de los Ángeles Rentería Ortiz, gracias por transmitirme de manera desinteresada sus conocimientos, por su paciencia, su apoyo en los momentos más difíciles de la especialidad y sobre todo por brindarme la oportunidad de ser su alumno por que a través de ustedes conocí la esencia de la medicina familiar.

DEDICATORIA

A **DIOS** por darme la maravillosa oportunidad de vivir; de ejercer la medicina y permitirme concluir una etapa más de mi vida profesional.

A mi **ESPOSA SILVIA** por todo su Amor, su apoyo, su comprensión, su confianza depositada en mi y enseñarme que todo se puede lograr. Te Amo.

A, mi **HIJA DIANA** por ser la inspiración a seguir adelante y ver la vida diferente. Te Amo.

A mi **FAMILIA** por todo su cariño, su confianza y apoyo que siempre he tenido de ustedes. Los quiero mucho.

A mis **AMIGOS ARIEL Y JOSELINO**, que me brindaron su amistad y compartieron momentos muy buenos y difíciles en todo este tiempo. Sin dejar de agradecer a mis amigos médicos que de alguna u otra forma contribuyeron a mi formación.

INDICE

	Páginas
1.- Introducción.....	7
2. Antecedentes.....	8
3. Planteamiento del problema.....	28
4. Justificación.....	30
5. Objetivos.....	32
6. Metodología.....	33
7. Resultados.....	40
8. Discusión.....	69
9. Conclusiones.....	70
10. Bibliografía.....	71
11. Anexos	
11.1 Carta de consentimiento informado	
11.2 Cuestionario de preferencias de comunicación en pacientes oncológicos.	
11.3 Cuestionario para evaluar apertura y comunicación sobre el cáncer en la familia nuclear.	

1.- INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo fue valorar las características que se presentan en la comunicación familiar de familias donde la esposa padece cáncer de mama en la U.M.F N° 45 de Gabriel Zamora Michoacán. Para evaluar la comunicación familiar se utilizó la entrevista familiar y el genograma como elementos básicos y se seleccionaron dos instrumentos diseñados ex profeso para evaluar comunicación familiar; se trata de la escala de preferencias de comunicación en pacientes oncológicos y el cuestionario de apertura y comunicación sobre el cáncer en la familia nuclear.

La edad promedio de las pacientes fue de 47 años. De acuerdo a los años de evolución en promedio fue de dos años de haber sido diagnosticadas. Los resultados obtenidos muestran familias integradas, en su mayoría viven en el medio urbano y de acuerdo a la etapa del ciclo vital, en etapa de dispersión y nueve en etapa de independencia, en ellas predomina el equilibrio familiar, en particular en su estructura, grado de integración familiar, cumplimiento de los roles, grado de funcionalidad familiar, así como adaptación al ciclo vital dentro de las expectativas normativas.

Por tanto estos datos apoyan la necesidad de que la comunicación sea un proceso evolutivo y continuado, y no se reduzca a un momento puntual, atendiéndose a las necesidades tanto del paciente como de sus familiares, facilitándose así una mejor adaptación al proceso oncológico.

2.- ANTECEDENTES

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual desarrollan células malignas en los tejidos proliferando de forma acelerada, desordenada y no controlada; diseminándose por distintos tejidos de la glándula para finalmente formar un tumor que invade tejidos vecinos con metástasis a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos⁽¹⁾.

El cáncer de mama es una patología conocida desde los antiguos egipcios, donde se hace referencia a enfermedades mamarias relacionadas con abscesos, traumatismos y heridas infectadas. En el periodo de la Grecia clásica (460-136 a.c), Hipócrates relacionaba a las mujeres con temperamento melancólico y el cáncer⁽²⁾.

El primer registro quirúrgico para el cáncer de mama fue en el siglo I d. c hecho por Leonidas. Por esa misma época Aurelio Cornelio Celso realizó la primera descripción clínica del cáncer de mama, describiendo también los cuatro estadios de malignidad: malignidad temprana, carcinoma sin úlcera, cáncer ulcerado y cáncer ulcerado con excreciones⁽³⁾. Galeno pensó que las mujeres melancólicas eran más vulnerables a padecer cáncer que aquellas con temperamento sanguíneo. Así como también combinaba las ideas humorales de Hipócrates y la teoría de los cuatro elementos. Louis Petit propuso por primera vez la mastectomía radical como alternativa terapéutica.

A finales del siglo XX (1964) Cronin y Gerow introdujeron los implantes de silicón. En 1974 Horton sugirió por primera vez la reconstrucción mamaria con un

implante debajo del músculo pectoral mayor destinado a corregir el problema de la contractura en la mama reconstruida. En 1977 se inició la reconstrucción mamaria con músculo dorsal en donde se reemplaza la piel perdida en la mastectomía por el implante de silicona con cobertura muscular del dorsal ancho para minimizar la contractura ⁽⁴⁾.

En la actualidad, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo, se estima que 1 de cada 13 mujeres se ven afectadas por este tipo de cáncer. De los 10 millones de muertes anuales que ocurren a nivel mundial el 10% son atribuibles al cáncer de mama. Los países que presentan una frecuencia alta son aquellos desarrollados donde la incidencia estandarizada por edad es mayor de 90 casos por cada 100 mil mujeres. En América Latina los países con más alta frecuencia son Argentina y Uruguay, donde la incidencia se estima de 48 por cada 100 mil ⁽⁵⁾.

En México la frecuencia es más elevada en los estados del norte y menor en los del sur, reportando en 2001 la cifra de 102,657 casos. En el año 2002 se reportaron 1,151, 298 casos nuevos de cáncer de mama, 410,712 defunciones y más de 4.4 millones de mujeres viven con este tipo de cáncer de mama alrededor del mundo. En México se diagnosticaron 11,656 casos y se presentaron 3,919 muertes en el año 2002 y constituye la primera causa con diagnóstico de carcinoma invasor en la mujer, seguido por el cáncer cervicouterino ⁽⁶⁾.

La mortalidad por cáncer de mama en México ocupa el segundo lugar de los cánceres en la mujer y corresponde al 17% del total de muertes. Los estados del norte como Baja California Sur presentaron una mortalidad de 189.5 por 100

mil mujeres), Coahuila, Chihuahua y Distrito Federal presentan una tasa similar de 14.4 por 100 mil mujeres⁽⁷⁾.

En el IMSS durante el año 2002 se registraron 13 800 egresos hospitalarios por cáncer de mama, se estima que de cada 100 egresos hospitalarios femeninos, 33 de ellos corresponden a cáncer de mama. La distribución por grupos etáreos va en aumento desde los 35 años (45.5% del total de casos nuevos de cáncer ocurrió en mujeres menores de 50 años de edad)⁽⁸⁾. El grupo de 15 a 44 años de edad presenta una mortalidad de 11%, y en el de 45 a 64 años de 68%; en tanto que la mayores de 65 años es de 71.7%. Se estima que para el año 2020 el número de mujeres mayores de 25 años que presenten este problema alcancen 29.7 millones⁽⁹⁾.

En Michoacán en el año 2006 se registraron 30 muertes y 84 casos nuevos. En 2007 fueron 28 defunciones y 58 nuevos casos, mientras que en lo que va del año 2008 se han registrado cuatro nuevos casos y una muerte⁽¹⁰⁾.

La literatura epidemiológica ha documentado varios factores de riesgo asociados al cáncer de mama, algunos de los más relevantes son: edad, sexo, antecedentes familiares, hiperplasia mamaria, factores ambientales, hormonales y reproductivos, factores alimentarios, estructura corporal y factores psiconeuroinmunológicos⁽¹¹⁾.

- ✚ Edad: La frecuencia se presenta desde los 20 años con un pico máximo entre los 40 y 50;
- ✚ Sexo: Ligado al sexo femenino y relacionado con la producción de estrógenos.

✚ Antecedentes familiares: Existe carga genética en cuyo caso se incrementa de 1.5 a 3 veces cuando hay consanguinidad. Este factor de riesgo es uno de los más importantes. Hoskin y colaboradores ⁽¹²⁾ han distinguido dos factores familiares del cáncer mamario; al primero le han denominado cáncer mamario familiar y al segundo cáncer hereditario. El cáncer mamario familiar se presenta en los siguientes casos:

- Mujeres en quienes la carcinogénesis puede explicarse por una mezcla de factores ambientales y múltiples factores genéticos combinados.
- Mujeres con susceptibilidad genética de baja penetrancia. Mujeres que han tenido cáncer de mama esporádico en edad premenopáusica.
- Mujeres de las que tienen información incompleta de sus antecedentes de cáncer mamario hereditario.

El Cáncer hereditario es aquel que se produce por transmisión autosómica recesiva (padre-hijos-nietos) a partir de la aparición de un tumor maligno. Tiene la característica de presentarse en varias generaciones afectando varios miembros de una misma familia ⁽¹³⁾.

Aproximadamente el 4 al 10% de los cánceres de mama presentan alteraciones genéticas, detectándose dos tipos de genes: El gen BRCA 1 y el gen BRCA 2, localizados en el brazo largo del cromosoma 17 y en el brazo largo del cromosoma 13 respectivamente, la mutación del gen BRCA 1 está relacionada con un incremento sustancial en el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario

presentándose a una edad más temprana. Estas mutaciones se observan con mayor frecuencia en la población judía de origen Ashkenasi, una serie de síndromes hereditarios están relacionados con el cáncer de mama como son el síndrome de Li-Fraumeni, Peutz-Jeghers y la enfermedad de Cowden. El tener antecedentes de cáncer de ovario y endometrio aumenta el riesgo de presentar cáncer de mama ⁽¹⁴⁾.

✚ Hiperplasia mamaria: Aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama cuando presenta hiperplasia de células ductales o lobulillares y aumenta más cuando se cataloga como atípica, manifestándose alrededor del 10% en pacientes con mastopatía fibroquística y papilomas, si presentan un familiar en primer grado con cáncer de mama el riesgo es nueve veces más; cuando se cataloga sin atipia el riesgo se incrementa solo dos veces siendo más evidente en las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama.

✚ Factores ambientales: Se ha demostrado el riesgo de padecer cáncer de mama entre las poblaciones rurales, urbanas y en las zonas industrializadas. Abarcando una serie de agentes entre los cuales se encuentran la depresión, estrés, actividad física, uso de tintes para el cabello, ingestión de café, alcohol, tabaquismo, medicamentos como son: reserpina, diazepam, espirolactona, radiaciones electromagnéticas o ionizantes, pesticidas órgano clorados, hábitos alimenticios ricos en grasas, las mujeres de las grandes urbes son las que están más propensas a la obesidad posmenopáusica y por lo tanto el aumento del índice de masa corporal relacionándose con altas concentraciones de estrógenos,

agregándose a ello la baja paridad, paridad tardía, lactancia materna negativa, así como terapia hormonal de reemplazo condicionan el riesgo de cáncer de mama.

- ✚ Factores hormonales y reproductivos. La menarquia a edad temprana (antes de 12 años de edad) incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama de 1 a 1.8 sobre todo en mujeres blancas en estados unidos, en nuestro país se observa sobre todo en mujeres indígenas y en las que habitan en la zona llamada “tierra caliente”.
- ✚ Factores alimentarios. Se han relacionado con el consumo de alimentos preparados con grasa de animales, azúcares refinados, todo debido a que las proteínas y grasas promueven el desarrollo sexual precoz, con menarquia temprana y sobre todo son factores para la obesidad, por esa razón se explicaría la incidencia tan alta de cáncer de mama en países desarrollados como en Estados Unidos en donde la alimentación es de origen graso específicamente de grasas poliinsaturadas.
- ✚ Estructura corporal. Se ha sugerido que las mujeres altas con estatura mayor de 1.67 cm, delgadas y con mamas grandes tienen más riesgo sobre todo después de los 45 años, en la mujeres premenopáusicas donde la distribución de la grasa es en el abdomen producen aumento de estradiol. Por lo tanto la obesidad, en mujeres que aumentan de peso más de 27 Kg. en su juventud, al llegar a la edad madura tiene el doble de riesgo de padecer cáncer de mama ⁽¹⁵⁾.
- ✚ Factor psiconeuroinmunológico. Como se mencionaba dentro de los factores ambientales, el estrés y la depresión como factores predisponentes

a padecer cáncer de mama, la verdad es que todos tenemos trastornos celulares potencialmente cancerígenos, pero un sistema inmunológico que actúa adecuadamente es capaz de detener estas mutaciones genéticas antes de que constituyan una enfermedad en sí misma. El problema surge cuando debido a vivencias de estrés muy agudo, duelos mal resueltos, tendencia a la inhibición emocional, nuestro cuerpo sobre todo el sistema inmunológico se debilita dejándonos en una situación de riesgo en la cual diversas patologías se pueden hacer presentes con distintos grados de agresividad. Desde la década de los años 30's del pasado siglo XX Hans Selye estudio la relación entre el sistema inmunológico, el estado de ánimo, incluyendo las demandas del carácter social y las diferentes amenazas del entorno del individuo, demostrando la activación del sistema simpático-adrenomedular y el eje hipotálamo- pituitario-adrenal, liberando adrenalina, noradrenalina y cortisol proporcionando energía con el propósito de hacer frente a demandas externas, concluyendo la relación que existe entre el sistema nervioso central, el endocrino y el inmunitario. Por lo tanto la psioconeuroinmunología estudia el conjunto de la relación entre estos tres sistemas ⁽¹⁶⁾.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el cáncer de mama se ha intentado explicar arguyendo diversas teorías. Así por ejemplo, el eje hipotalámico-hipófisis adrenal y el sistema nervioso autónomo proporcionan dos rutas clave para la regulación del sistema inmune: los estresores pueden activar tanto el eje simpático-adreno-medular como el anterior y provocar la liberación de hormonas pituitarias y adrenales. De esta forma las hormonas inducidas por emociones

negativas, catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), la adenocorticotropa (ACTH), el cortisol, la hormona del crecimiento y la prolactina, inducen cambios cualitativos y cuantitativos en el sistema inmunológico. Estas hormonas pueden ejercer su efecto sobre el sistema inmunitario porque casi todas las células del mismo tienen receptores específicos para las hormonas de los ejes ⁽¹⁷⁾.

La modulación del sistema inmune se produce por dos mecanismos diferentes, por un lado la unión de las hormonas a sus receptores cognatos y por otro indirectamente a través de la desregulación del equilibrio que tiene que imperar en la producción de citocina proinflamatoria. La comunicación entre el SNC y el inmunológico es bidireccional. Por ejemplo, la interleucina 1 (IL-1) provoca la síntesis de la hormona estimulante de la síntesis de corticotropina (CRH) por el hipotálamo, induciéndose por consiguiente la síntesis de más hormonas del estrés y la desregulación del sistema inmunitario. Además, los mismos linfocitos pueden producir hormonas del estrés como la ACTH, la prolactina y la hormona del crecimiento ⁽¹⁸⁾.

Por otra parte, el cáncer de mama se ha relacionado con la depresión y el estrés, considerando que estos dos factores se asocian a trastornos inmunológicos. Hoy se sabe que tanto el estrés como la depresión y la inflamación son capaces de activar y modificar el equilibrio de las citocinas. Éstas pueden tener un efecto depresivo, ya sea directamente, por medio de la activación de la hormona liberadora de corticotropina, o indirectamente, provocando resistencia de los receptores de glucocorticoides, lo que causa hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal, debido a inhibición del mecanismo de retroalimentación

normal. Por tanto, las citocinas proinflamatorias pueden alterar la neurotransmisión monoaminérgica en múltiples sitios del sistema nervioso central ⁽¹⁹⁾.

Por último, existen receptores neuronales de citocinas ampliamente distribuidos en el SNC, lo que sugiere que las citocinas funcionan como neurotransmisoras y ejercen una acción directa sobre el cerebro. Sabemos que el estrés psicológico tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos. Además, en la depresión se ha mostrado la existencia de un perfil bioquímico a nivel endocrino e inmunológico similar al observado en el estrés. Las personas sometidas a situaciones de estrés psicológico suelen mostrar hábitos “menos saludables” (falta de sueño, mala nutrición, poco ejercicio, mayor consumo de alcohol, tabaco y otras drogas), que les condicionan aún más a padecer ciertas enfermedades. El proceso también cursa con la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y por ejemplo la liberación espontánea de IL-1beta e IL-6 ⁽²⁰⁾.

Existen varias evidencias de la relación estrés, sistema inmunitario y cáncer⁽²¹⁾:

- ✚ El estrés psicológico puede alterar la función del sistema inmunitario. Existen muchas evidencias de cómo el estrés puede alterar el sistema inmunitario a través de la innervación directa de los órganos linfoides por el SNC o mediante la liberación de mediadores solubles (citocinas y hormonas). Se ha observado que los sujetos sometidos a situaciones de estrés, aunque sean cortas y pasajeras experimentan defectos cualitativos y cuantitativos de la función del sistema inmune, como por ejemplo la disminución de la capacidad proliferativa in vitro de los linfocitos ante

mitógenos, o el aumento del número de linfocitos con capacidad citotóxica y algunos cambios en el perfil de secreción de citocinas.

- ✚ El sistema inmunológico juega un papel importante en la regulación del crecimiento tumoral, al respecto Burnet postuló la idea de que el sistema inmunológico, no sólo se encargaba de eliminar del organismo agentes infecciosos, sino que también realizaba una vigilancia activa contra la aparición de células neoplásicas.
- ✚ Los cambios inmunológicos ante el estrés son del tipo y magnitud que puede influenciar el desarrollo de los tumores y la aparición de las metástasis. Muchas de las citocinas que se producen en situaciones de estrés, junto con la migración de células y mediadores inflamatorios en el lugar del desarrollo tumoral son moléculas y mediadores que pueden activar el ciclo celular y por tanto favorecer la multiplicación de las células tumorales.
- ✚ Las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés pueden influir el curso de la enfermedad neoplásica. La reducción del estrés mediante la provisión de ayuda social se ha asociado con una mejoría en el curso de la enfermedad neoplásica. Por ejemplo en un estudio con mujeres aquejadas de cáncer de mama metastático se pudo apreciar un aumento significativo de la supervivencia global de 18 meses en aquellas con apoyo social.

Por lo tanto el apoyo social resulta determinante para la evolución del cáncer de mama, dando como origen a la psicooncología, porque ha contribuido en el proceso vivencial, y de afrontamiento, modificando en sentido importante la evolución de la enfermedad ⁽²²⁾.

Desde el momento de diagnosticar cáncer puede ser considerado como un evento vital estresante no sólo afectando a la mujer que lo recibe sino también a su entorno familiar y social más estrecho. La valoración del suceso como una pérdida importante de la salud y la esperanza de vida producirán una reacción de tristeza llevando a la depresión, situación que en estas pacientes es muy común⁽²³⁾.

Un estudio realizado en España describe que en un 68 % de los pacientes oncológicos presentan trastornos adaptativos con depresión, ansiedad o ambas⁽²⁴⁾, agregando que el diagnóstico de cáncer de mama no solamente afecta al paciente sino también a la familia. Los síntomas de la familia no deben ser excluidos ya que su estado anímico afecta al paciente y repercute en la calidad de vida de toda la familia. En esta dinámica que se establece entre el paciente y su familia ha quedado demostrado que los niveles de depresión son menores cuando hay un buen funcionamiento del grupo.

De lo anterior se desprende la importancia de que la familia mantenga buena comunicación con el paciente, puedan entre ambos asimilar la experiencia y se perciban así mismos como personas; todo lo cual reducirá considerablemente la ansiedad ⁽²⁵⁾.

La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común e implica compartir. Cuando hablamos de este fenómeno en el seno familiar nos referimos a una cuestión ineludible, si atendemos además a los accionas

señalados por Watzlawick ⁽²⁶⁾. Según este autor existen al menos cinco axiomas de la comunicación y todos ellos son aplicables a la familia como grupo. En resumen estos axiomas se presentan como sigue:

1º Axioma: La imposibilidad de no comunicar: Se llama mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se habla de comunicación cuando no existen posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de interacción, ya que constituyen un nivel más elevado en la comunicación humana. Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor.

2º Axioma: Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relación tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. Toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación. Una comunicación no sólo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas. Siguiendo a Bateson, estas dos operaciones se conocen como los aspectos referenciales y connotativos de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto connotativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia, la relación entre los comunicantes. El aspecto referencial transmite datos de la comunicación y el connotativo dice cómo debe entenderse la

misma. La relación puede expresarse en forma verbal gritando o sonriendo, y puede entenderse claramente a partir del contexto en que tiene lugar. La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y del otro

3° Axioma: La puntuación de la secuencia de los hechos. La puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Así llegamos al 3° axioma "La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes"

4° Axioma: Comunicación digital y analógica. Estos dos tipos de comunicación uno mediante la semejanza auto explicativa y otro mediante una palabra son, desde luego, equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje.

La comunicación analógica es toda comunicación no verbal, incluyendo la postura, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5° Axioma: Interacción simétrica y complementaria. En una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria.

De acuerdo con Virginia Satir la comunicación se refiere tanto a la conducta no verbal como verbal, dentro de un contexto social ⁽²⁷⁾. Para que las personas obtengan la información que necesitan deben comunicarse con claridad, sin esta comunicación no se podría sobrevivir, pues se necesita conocer acerca de los hechos del mundo de las otras personas y de las relaciones con éstas, para recibir esta información, se cuenta con dos métodos básicos: pedir respuestas verbales y observar la conducta no verbal. Es importante destacar que las personas investigadoras estiman que, en un mensaje, menos de la mitad de su significado se transmite de forma verbal. La postura del cuerpo, los contactos, los gestos, el tono de voz, así como el entorno físico son con frecuencia mucho más importantes que las palabras pronunciadas ⁽²⁸⁾.

Es un hecho que las palabras que se emplean, el énfasis o la inflexión que se les dé, transmiten una gran cantidad de significados. Comunicando también sin pronunciar palabras, como el fruncir las cejas; cruzar los brazos; mirar al suelo mientras se habla; consultar el reloj; hacer señales o sonrojarse. Algunas conductas no verbales transmiten una idea, por ejemplo, poner el dedo índice sobre los labios en un gesto de silencio; la sonrisa o golpear con el puño sobre la mesa.

El lenguaje corporal es con frecuencia más espontáneo que las palabras y puede transmitir, con mayor claridad, lo que se intenta comunicar, en la simple

comunicación verbal se presentan diferentes dificultades como: diferentes significados de las palabras, este aspecto elemental de la comunicación es importante, porque las personas con frecuencia tienen conflictos debido a que una utilizó una palabra en un sentido y la otra escuchó como si quisiera decir algo diferente, debido a que las palabras por sí mismas suelen ser confusas, es importante que la persona aclare lo que dice y que a su vez pida a las demás que hagan lo mismo cuando se siente confundida por lo que ha escuchado.

En este contexto, Satir⁽²⁹⁾ señala que las personas pueden comunicarse de una manera funcional; esto es, eficaz y armónicamente, o de manera disfuncional. Se dice que una persona es disfuncional, cuando no ha aprendido a comunicarse en forma apropiada. Esto por cuanto no se percibe ni se interpreta a sí misma en forma correcta y tampoco lo hace con los mensajes que le llegan del exterior. Las suposiciones en las que basa sus actos, son defectuosas y sus esfuerzos por adaptarse a la realidad son, por lo tanto, confusos e inapropiados. Por el contrario, una persona que se comunica de una manera funcional, puede expresar con firmeza su opinión, aclarar lo que dice, esperar una réplica y aceptar ésta cuando la recibe.

Algunas características de las personas que se comunican disfuncionalmente son por ejemplo:

- ✚ Suponer que las demás comparten sus sentimientos y percepciones;
- ✚ Concebir que sus percepciones o evaluaciones son completas;
- ✚ Creer que lo que ellas perciben o evalúan no cambiará;
- ✚ Suponer que las características que atribuyen a las cosas o a las personas son parte de esas cosas o personas;

- ✚ Creer que pueden entrar en la mente de otras personas;
- ✚ Que la otra, a su vez, puede entrar en su mente.

En el contexto terapéutico, se ha establecido que si la persona que recibe el mensaje es tan disfuncional como la que lo envía, responderá asintiendo o desintiendo. Pero si es funcional, primero pedirá a quien envía el mensaje que lo aclare. Por ejemplo: ¿Cómo llegó a la conclusión de que esa obra es mala? ¿En qué se basa para opinar así de esa persona? ¿Qué quiere decir al expresar que “todos son iguales”? ¿Por qué cree que usted sabe lo que yo pienso y siento?.

Otras características de la persona que se comunica disfuncionalmente, señaladas por Satir, se presentan cuando: la persona se comporta como si no se diera cuenta del hecho de que generaliza o de que actúa basándose en suposiciones; envía mensajes incompletos; suprime en sus mensajes fragmentos enteros que sirven de conexión y con frecuencia, no envía mensaje alguno, pero se comporta, en relación con otras, como si lo hubiera hecho. De esta forma, quien comunica disfuncionalmente no sólo deja a la persona que recibe el mensaje adivinando, sino que actúa basado en la suposición de que, en efecto, se comunicó bien. La persona que recibe el mensaje, a su vez, actúa basándose en lo que trata de adivinar. Por lo tanto, es muy fácil que se malentiendan.

Satir presenta cuatro modelos básicos de comunicación que las personas emplean, cuando reaccionan a la tensión y, al mismo tiempo, sienten que su autoestima está involucrada ⁽³⁰⁾. En estos cuatro modelos de comunicación, se emplean los mensajes de doble nivel; es decir, en los cuatro casos, la voz dice una cosa que el resto de la persona contradice. Cuando la interacción es con otra

persona que reacciona también con mensajes de doble nivel, los resultados suelen ser hirientes y poco satisfactorios. Este tipo de mensajes aparecen cuando una persona se subestima; teme herir los sentimientos de los demás; se preocupa por las represalias que puedan tomar las otras personas; teme la ruptura de relaciones; no desea imponerse o no da ninguna importancia a la persona o a la interacción. En general, se pueden dar las siguientes posibilidades: captar las palabras e ignorar el resto; captar lo que no se dice e ignorar las palabras; ignorar todo el mensaje cambiando el tema o comentando la naturaleza de doble nivel del mensaje.

En los cuatro modelos de comunicación, la persona siente y reacciona a la amenaza, pero como no quiere mostrar "debilidad", intenta disimular mediante las siguientes cuatro formas:

- 1.- Aplacar, de tal manera que la otra persona no se enoje.
- 2.- Culpar, para que la otra persona la crea fuerte.
- 3.- Superrazonar, mediante lo cual trata de enfrentarse a la amenaza como si fuera inofensiva y de establecer además su propio valor empleando palabras altisonantes.
- 4.- Distraer, con el fin de ignorar la amenaza, comportándose como si no existiera.

En otro ámbito médico, la comunicación se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia en el cual se juega un papel importante desde el momento de que el médico les comunica el diagnóstico a la paciente, la mala comunicación del mismo puede llegar a tener una influencia negativa en el paciente y sus familiares ⁽³¹⁾. La comunicación del médico hacia el paciente debe de ser un proceso evolutivo, continuo,

atendiéndose a las necesidades tanto del paciente como de sus familiares utilizando un lenguaje sencillo, claro y fácil de entender por parte de los pacientes, ser empático, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento ⁽³²⁾.

Para que lo anterior funcione, implica disminuir el estrés, una mejor adaptación psicológica, así como una mejor adherencia al tratamiento, incluso se mencionan algunos factores que ayudan a la comunicación por ejemplo, utilizar un lugar y momento apropiado para empatizar y escuchar de manera activa, facilitar información relevante concreta y clara sobre la enfermedad y cuidados a seguir, modificar pensamientos inadecuados, provocando la reflexión sobre la irrealidad de ciertos pensamientos ⁽³³⁾. Los médicos deben aprender a escuchar con ambos oídos, lo cual significa escuchar con un oído atentamente la información biomédica y con el otro la información psicosocial del paciente ^(34,35).

Teniendo en cuenta las dificultades que tienen los médicos en la comunicación con los pacientes con cáncer de mama y la complejidad que significa el cáncer en las relaciones familiares, en varios países han ido surgiendo inter-disciplinas como la psicooncología que buscan abordar aquellos problemas que escapan al ámbito de la medicina y de la psicología misma. En México empezó a surgir en el año 1980 y desde entonces tiene como objetivo la atención, enseñanza e investigación de los aspectos psicológicos, sociales, culturales, espirituales y religiosos de los pacientes con cáncer y su repercusión ante los tratamientos oncológicos de la familia ⁽³⁶⁾.

Esta interdisciplina se basa en el supuesto de que la intervención psicosocial puede mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer de mama al disminuir la ansiedad y la depresión que frecuentemente acompañan a la enfermedad, así como también la valoración y el abordaje terapéutico de la comunicación en el núcleo familiar son de gran importancia en la asistencia psicológica de pacientes con cáncer de mama, especialmente en aquellas cuya enfermedad se halla en fase avanzada, la intervención tiene como finalidad fomentar las redes de apoyo con el familiar, facilitando una mejor comunicación con el paciente por lo tanto reduciendo la ansiedad del familiar y atendiendo a las necesidades físicas, edad y estado civil del paciente⁽³⁷⁾.

Los aportes que se han desprendido de la psicooncología se pueden sintetizar en tres enfoques terapéuticos:

- ✚ Intervenciones Informativo educativas: Presentando efectos positivos en el campo afectivo y en el afrontamiento sobre todo al inicio de la enfermedad.
- ✚ Técnicas Cognitivo-Conductuales: ayudan para el control de algunos síntomas, el estado afectivo relacionado con situaciones concretas y el afrontamiento a la enfermedad en sus diversas fases.
- ✚ El Enfoque psicoterapéutico de grupo: Presentando resultados positivos si destaca los aspectos educativos que centrándose únicamente en las emociones⁽³⁸⁾. En este enfoque se ha documentado eficacia en la mejora de la calidad de vida, reducción de los síntomas físicos y mejoría en la adaptación psicológica global⁽³⁹⁾.

A este respecto, ha quedado claro que las intervenciones psicológicas son más beneficiosas si son a medio y largo plazo, utilizándose algunas de las técnicas

antes comentadas, sin embargo hay un porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento de forma prematura, el cual está relacionado con la edad ser joven, nivel socioeconómico bajo, sintomatología depresiva, contar con un buen apoyo social ⁽⁴⁰⁾.

Podemos concluir que la relación entre cáncer y familia es un problema muy complejo que requiere de la participación multidisciplinaria y de personal capacitado en campos muy específicos. A nivel del médico familiar este problema se puede afrontar con un conocimiento básico de la comunicación que permita informar de manera oportuna y adecuada a los pacientes.

El otro aspecto implica el trabajo con la familia en el que ésta deberá construir un ambiente comunicacional adecuado que la lleve a verbalizar las crisis inducidas por el cáncer y a socializar los apoyos que se requieren para adaptarse a las circunstancias que les impone el diagnóstico y el tratamiento. En todo ello los médicos familiares desempeñamos un papel clave para brindarle estrategias adecuadas al núcleo familiar.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se ha considerado el riesgo que tienen las mujeres jóvenes de contraer cáncer de mama, tanto en un primer evento como en un segundo primario contralateral ⁽⁴¹⁾. Se han definido dos variantes del cáncer de mama. Dentro de los factores de riesgo para cáncer de mama bilateral se ha identificado la edad, estimándose que las pacientes jóvenes con cáncer de mama tienen de 10 a 14 veces mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama contralateral ⁽⁴²⁾.

Estas cifras son muy similares a las reportadas en México ⁽⁴³⁾, así en el año 2001 se reportaron 3,971 casos (10.2 x 100,000 mujeres de 15 años o más) y en 2006 se elevó a 6,043 casos (15.6 por 100,000) ⁽⁴⁴⁾. En el IMSS Michoacán se ha reportado que las muertes por cáncer de mama muestran una tendencia a la baja en los últimos cinco años, para 2006 se registraron 30 muertes y 84 casos nuevos; en 2007 fueron 28 defunciones y 58 nuevos casos, mientras que en 2008 se mantuvo la misma tendencia; para el caso de la UMF No. 45 se tiene un registro de 20 casos en los últimos cinco años ⁽⁴⁵⁾

Como es sabido, el curso clínico de esta enfermedad y el pronóstico de las pacientes con cáncer de mama es siempre reservado, el manejo individual por el especialista oncólogo con frecuencia pasa por alto la atención familiar. Si bien es cierto que este padecimiento se puede prevenir mediante procesos educativos y modificando las conductas riesgosas de las personas. Sin embargo, una vez que se ha diagnosticado la enfermedad, se presentan una serie de fenómenos que influyen en el rendimiento e interactúan con la dinámica familiar. Una de las alteraciones más visibles en la familia donde se presenta el cáncer de mama es la modificación de los patrones comunicacionales.

La alteración puede ser una consecuencia del impacto del cáncer o agregarse como condición subyacente previa al fenómeno patológico.

Desde el punto de vista clínico la comunicación juega un papel fundamental en la forma como se afronta al cáncer de mama, pero sobre todo; puede significar el elemento clave para el apoyo que la familia le brinda a la paciente. En este sentido, el presente estudio busca valorar las alteraciones en la comunicación asociadas con el cáncer de mama, por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características que presenta la comunicación familiar en las familias donde la esposa tiene diagnóstico de cáncer de mama establecido?

4.- JUSTIFICACION

Por su magnitud el cáncer de mama ocupa el segundo lugar en frecuencia en mujeres jóvenes mexicanas, con tasa de 6,043 casos (15.6 por 100,000) ⁽⁴⁴⁾, aunque esta prevalencia nacional tiende a disminuir en algunas instituciones, globalmente sigue siendo un problema de salud muy relevante, pues si no se detecta a tiempo la enfermedad es poco vulnerable al tratamiento tardío.

Desde el punto de vista de su vulnerabilidad, el cáncer de mama es altamente susceptible de prevenirse y detectarse a tiempo. Muchos de los factores de riesgo son modificables desde edades tempranas, no obstante, los factores genéticos pueden resultar inmodificables y difíciles de controlar. Existe una estrecha relación del cáncer de mama con factores ambientales, estilos de vida, el estrés y la depresión.

En lo que se refiere a la trascendencia, el cáncer de mama no solo afecta a la paciente que lo padece, reduciendo su vitalidad o la esperanza de vida. Generalmente implica un largo proceso de sufrimiento, con presencia de dolor, mutilaciones corporales y afectación de la imagen personal. El problema trasciende más allá; involucrando a toda la familia, sobre todo al subsistema conyugal, y si se presenta la muerte, dependiendo de la etapa del ciclo vital; al subsistema filial y fraterno.

El diagnóstico de la enfermedad es un factor altamente estresante y destructivo para el funcionamiento de todos los miembros del grupo familiar. Cada uno de sus integrantes tiene que adaptarse para enfrentar esta nueva realidad. La paciente experimenta una ruptura en su calidad de vida a través de la pérdida de roles, de habilidades y problemas en las relaciones sociales. Las conversaciones

giran alrededor de la enfermedad y pareciera que otros temas antes importantes perdieron su espacio.

La experiencia clínica a nivel de Medicina Familiar muestra que las pacientes con cáncer de mama suelen ser desatendidas en los aspectos familiares una vez que son canalizadas al segundo nivel. Este hecho está motivado por la idea de que la medicina especializada es suficiente para resolver el problema. Sin embargo, en los hechos; la atención oncológica es biologicista, curativa y fragmentaria.

La comunicación familiar puede afectarse teniendo como consecuencia estados de depresión no solamente en el paciente identificado sino en toda la familia. Los gastos de los tratamientos suma otra fuente de preocupación; los períodos de descanso y entretenimiento son sustituidos por visitas a centros médicos, realizar tareas domésticas acumuladas, acompañar a parientes y amigos que quieren compartir con la familia, pero que muchas veces su presencia en momentos inconvenientes le quitan a la familia la posibilidad de descansar.

Por lo tanto la comunicación y el apoyo familiar en una paciente que padece cáncer de mama son importantes ya que influye en el factor psicológico y orgánico que muchas veces llega a influir en el mejoramiento y/o empeoramiento de la paciente que padece cáncer de Mama.

La factibilidad de ofrecer atención integral a la familia donde hay una mujer con cáncer de mama depende de la visión que tenga el Médico de Familia. Solo requiere dominio de las técnicas específicas de abordar a la familia en los diferentes niveles de intervención.

5.- OBJETIVOS

General

Determinar las características que presenta la comunicación familiar en las familias donde la esposa tiene diagnóstico de cáncer de mama establecido en la UMF No. 45 de Gabriel Zamora

Específicos

1.- Analizar mediante un Genograma estático y dinámico las características de la de estructura y dinámica familiar de las familias donde la esposa, madre o compañera padece cáncer de mama

2.- Caracterizar la comunicación familiar de las familias donde la esposa, madre o compañera padece cáncer de mama mediante dos instrumentos: el “cuestionario de preferencias de comunicación en pacientes oncológicos” y el “cuestionario para evaluar apertura y comunicación sobre el cáncer en la familia nuclear”

6.- METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Tipo de estudio: Observacional, Descriptivo y Transversal. Estas tres características son propias de los estudios de corte epidemiológico, donde el investigador no interviene manipulando las variables, se limita a describir y solo realiza una medición del fenómeno.

Población: Familias derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF N° 45 de Gabriel Zamora Michoacán, atendidas en Medicina Familiar y en el Hospital General de Zona No 8 de Uruapan, en el periodo de Mayo a Noviembre de 2008, pero con diagnóstico de cáncer de mama entre 2006 y 2008.

Muestra: No fue necesario porque se estudiaron todas las Familias donde hay mujeres con rol de esposa, madre o compañera diagnosticadas con cáncer de mama durante los años 2006-2008 atendidas en el consultorio 1 turno matutino de la UMF No 45.

Criterios de inclusión: Pacientes femeninas con diagnóstico de cáncer de mama, mayores de 35 y menores de 60 años de edad que acudieron a control con su medico familiar y formen una familia nuclear.

Criterios de Exclusión: Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama menores de 35 y mayores de 60 años de edad. Mujeres entre 35 y 60 años de edad con cáncer de mama pertenecientes a familias distintas a la nuclear.

Criterios de Eliminación: Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama menores de 35 y mayores de 60 años de edad que fallezcan durante el tiempo que dure el estudio.

Definición de variables:**Variable dependiente:**

Características de la comunicación familiar.- Se define como los rasgos que se presentan en el proceso comunicacional de la familia y que impide transmitir o intercambiar información, para poner en común e implica compartir experiencias.

Para medir esta variable se utilizaron los siguientes instrumentos:

- 1.- “Cuestionario de preferencias de comunicación en pacientes oncológicos”
- 2.- Cuestionario para evaluar apertura y comunicación sobre el cáncer en la familia nuclear.

Variable independiente:

Esposa-madre-compañera con diagnóstico de cáncer de mama.- se define como la figura femenina que desempeña el rol de esposa en el subsistema conyugal y de madre en subsistema paterno filial representado en el Genograma de una familia nuclear. Se utiliza la clínica para identificar a estas pacientes y los datos se capturan en el expediente electrónico. Aquí se utiliza el Genograma estático y dinámico como instrumento.

Características de los instrumentos y captura de información

Se utilizaron tres instrumentos de intervención familiar:

- 1.- Genograma
- 2.- Cuestionario de Preferencias de comunicación pacientes oncológicos
- 3.- Cuestionario para evaluar apertura y comunicación sobre el cáncer en la familia nuclear (ver Anexos 2 y 3)

El Genograma es un instrumento de estudio fundamental para la exploración descriptiva de la estructura y funcionamiento de la familia. Para los fines de éste estudio el genograma comprende las siguientes categorías ⁽⁴⁶⁾:

- 1.- Estructura familiar
- 2.- Adaptación al ciclo vital
- 3.- Repetición de pautas a través de las generaciones
- 4.- Sucesos de la vida y funcionamiento familiar
- 5.- Pautas vinculares y triángulos
- 6.- Equilibrio y desequilibrio familiar

El cuestionario de preferencias de comunicación de pacientes oncológicos es un instrumento que tiene su origen en Estados Unidos de Norteamérica: “Measure of patient’s preferences” fue aplicado inicialmente a pacientes oncológicos por Parker et al en el año 2001 ⁽⁴⁷⁾, posteriormente se realizó la adaptación española en el año 2005 llamado “Preferencias de comunicación en pacientes oncológicos”, la traducción de su versión original a la española se realizó en tres tiempos: primero se tradujo la versión original por diferentes profesionales en forma individual, segundo se consensuó una primera versión traducida que se aplicó a un grupo de pacientes oncológicos, se analizó con ellos la comprensión del mismo llegando a la segunda versión consensuada, tercero se procedió a la retrotraducción obteniendo finalmente la versión definitiva adaptada a pacientes españoles.

Esta adaptación se aplicó a 180 pacientes oncológicos adultos tratados en diferentes centros de Cataluña España, descartando pacientes psiquiátricos y analfabetas. Es un instrumento que consta de 32 ítems que evalúa las

preferencias de información de los pacientes oncológicos en aspectos de contenido, apoyo emocional y elementos facilitadores del contexto, la escala de contenido consta de 12 ítems, la de apoyo por 12 ítems y la de facilitación por 8 ítems, la puntuación de cada escala se obtiene a partir de la media de las puntuaciones de los ítems que la componen. La muestra definitiva se realizó con 65.5% de mujeres (N=110) y el 34.5% hombres (N=58), la media de edad fue de 52.6 años (SD: 13.4).

El cuestionario para evaluar apertura y comunicación sobre el cáncer en la familia nuclear fue diseñado para estudiar pacientes con enfermedad de Hodgkin y cáncer de mama en países europeos. El instrumento se administra durante una entrevista cara a cara con pacientes con cáncer. Los pacientes son entrevistados en sus casas y la entrevista duró cerca de dos horas. El cuestionario consta de nueve ítems y los pacientes escogen cuatro alternativas: completamente de acuerdo (1) de acuerdo (2) en desacuerdo (3) completamente en desacuerdo (4), en los cuales se refieren a la apertura a la discusión en la familia en general, la apertura a la discusión con la pareja y la apertura a la discusión con los hijos. La consistencia interna reportada es de 0.81 medida con alfa de Cronbach ⁽⁴⁸⁾.

La estrategia para capturar la información fue de la siguiente manera: en primer lugar se localizó a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en las bases de datos del expediente electrónico. En segundo lugar, se programó una cita con la paciente para informarle del proyecto y solicitar su consentimiento. En tercer lugar, se programó una entrevista familiar para elaborar el Genograma y aplicar los cuestionarios. En cuarto lugar se concentraron los datos en hojas de cálculo de Excel y se procedió al análisis estadístico.

Análisis Estadístico:

Los datos obtenidos de los cuestionarios se concentraron en hojas de cálculo de Excel. Se usó el paquete estadístico SPSS para Windows ver. 15. Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva para calcular promedios y desviación estándar. Se validaron los cuestionarios con pruebas alpha de Cronbach y correlación de Spearman- Brown. Se hizo análisis de varianza (ANOVA) para observar las diferencias el tiempo de evolución y la ocupación de las pacientes. Con la prueba de t de student se buscó encontrar diferencias significativas entre las categorías de análisis.

Consideraciones éticas:

En la observancia de la normatividad internacional y nacional a cada paciente se le explicó el propósito de la investigación, solicitando su autorización por escrito, para lo cual debían firmar una carta de consentimiento bajo información. Este documento está normado por la ley general de salud en materia de investigación y en correspondencia con la Declaración de Helsinki ⁽⁴⁹⁾, y otros códigos internacionales ⁽⁵⁰⁾ y nacionales de bioética ⁽⁵¹⁾. El formato de la carta de consentimiento se anexa al final de la tesis.

La declaración de Helsinki en principios básicos señala: “salvaguardar la salud de las personas, obtener su conocimiento para participar en estudios de investigación; porque se sugiere que el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente. Además, la investigación biomédica

que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo. Todo proyecto debe basarse en una evaluación de los riesgos y beneficios previsibles para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

Respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Adoptar las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial

La ley general de salud en México, ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo, propone considerar en materia de investigación que la misma es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología en los servicios de salud e incrementar su productividad; que el

desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella. Que en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas.

Como es bien conocido, tanto las leyes mexicanas que regulan la investigación, como los códigos internacionales tiene como finalidad la protección de los pacientes que participan, así como el respeto a la autonomía y los derechos fundamentales de las personas par que libremente decidan cuándo y cómo participan, conozcan los riesgos y en su caso, los beneficios que obtendrían.

7.- RESULTADOS

Se estudiaron 20 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, la edad promedio fue de 47.15 con rango de 35 a 60 años. De acuerdo a los años de evolución, la mayoría tenía 2 años de haber sido diagnosticadas y la ocupación predominante es la de empleado, gráficas 1 y 2. En el cuadro 1 se presentan las principales características familiares de las pacientes, se trata de familias nucleares, integradas, urbanas, 65% modernas, 35% tradicionales; 55% de ellas en etapa de dispersión y 45 % en independencia.

En el cuadro 2 se muestran las características de los diferentes estilos de comunicación que presentan las familias según los dos instrumentos que se aplicaron. Como puede apreciarse el 60.35% corresponde a la escala de contenido es decir a las características de la competencia del médico y a diferentes aspectos de la información sobre las enfermedades y tratamiento. El 49.8% corresponde al apoyo emocional. El 31% corresponde a la información y elementos que faciliten la comunicación. Estos dos aspectos resultan básicos frente a las crisis paranormativas que van a suceder en la familia con cáncer.

En el cuadro 3 se agrupan los datos que muestran las consistencia interna y la validación del los dos cuestionarios. Los datos son muy similares a los reportados en la literatura médica.

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para buscar asociación entre los años de evolución y los patrones comunicacionales, así como la ocupación de las pacientes. En ningún caso se encontraron datos significativos, cuadro 4 y 5.

Los cuadros 6 y 7 presentan los resultados de la prueba de t de student, se encontró asociación significativa para $p \leq 0.05$ en contenido de la comunicación y apertura para hablar del cáncer en la familia, tanto en relación con la etapa de desarrollo como en relación al ciclo vital.

Los datos obtenidos por la interpretación del Genograma se resumen de la siguiente manera (ver Genogramas 1 a 20) El total las familias estudiadas tienen conformación nuclear. En todos los casos la paciente identificada fue del sexo femenino, con edades que oscilan entre 35 y 60 años. Ocho pacientes cuentan con grado de escolaridad de básica entre primaria y secundaria, una en nivel de preparatoria, tres en carrera técnica y cinco con nivel de licenciatura. En trece de los casos su conformación es moderna y el resto de tipo tradicional, a dedicarse la paciente a las labores propias del hogar.

Son familias integradas, predomina por su ocupación la categoría de empleados en once de los casos. Cuatro comerciantes, tres profesionales y dos jubilados. Todas las familias viven en el medio urbano y de acuerdo a la etapa del ciclo vital once se encuentran en etapa de dispersión y nueve en etapa de independencia.

La paciente identificada en trece de los casos ocupa entre el segundo y tercer lugar dentro de una constelación familiar la cual tiene una conformación que incluye entre tres y ocho miembros. Sólo en siete de las familias la paciente ocupa el primer lugar de los hermanos. En general todas cuentan con aceptable complementariedad conyugal y adecuada experiencia de vida con ambos sexos. Sin presencia de configuraciones familiares inusuales.

La adaptabilidad familiar es acorde al desarrollo del ciclo vital en once de las familias. En seis casos existen circunstancias particulares que condicionan problemas de adaptación, entre las que destacan la presencia de cónyuge emigrado que vive lejos del hogar, presencia de hijos adultos que viven aun dentro del hogar materno y triangulación de alguno de los hijos.

En general no se aprecian pautas repetitivas a través de las generaciones. En la familia nueve y diez destaca como pauta repetitiva, la presencia de relación cerrada en el subsistema materno-filial. En la familia once la misma ocupación a través de generaciones quienes son comerciantes. Llama la atención que sólo en la familia 12 existe carga genética para hipertensión arterial por rama materna.

Dentro de los sucesos relevantes de la vida familiar es común para todas las familias estudiadas la presencia del cáncer mamario, y situaciones particulares en relación a ausencia de alguno de los hijos por vivir lejos del hogar. Presencia de algún familiar emigrado o pensionado. Antecedente de divorcio de los padres de la paciente identificada. Separación conyugal a raíz del diagnóstico de cáncer.

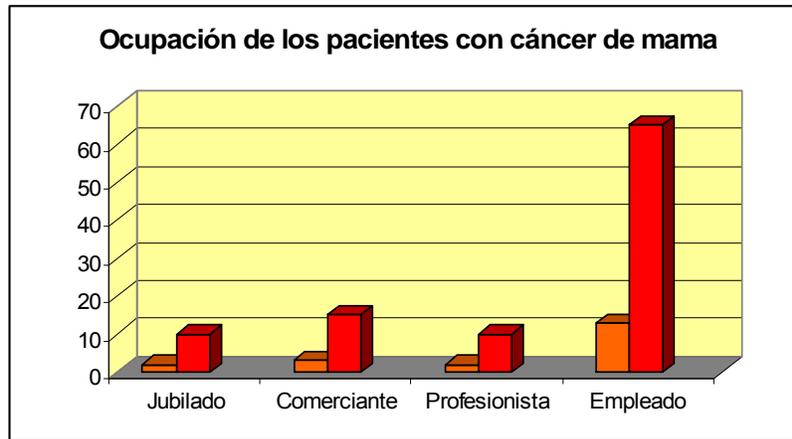
Fallecimiento de algún familiar cercano y por último presencia de enfermedad crónica degenerativa en algún integrante.

En la interrelación familiar de estas familias predominan las relaciones estrechas o cerradas, sólo en la familia cuatro presenta relación conflictiva conyugal y triangulación de uno de los hijos.

En general predomina el equilibrio familiar en cada una de las etapas previamente analizadas, en particular en su estructura, grado de integración familiar, cumplimiento de los roles, mismos que se encuentran bien definidos, grado de funcionalidad familiar, así como adaptación al ciclo vital dentro de las

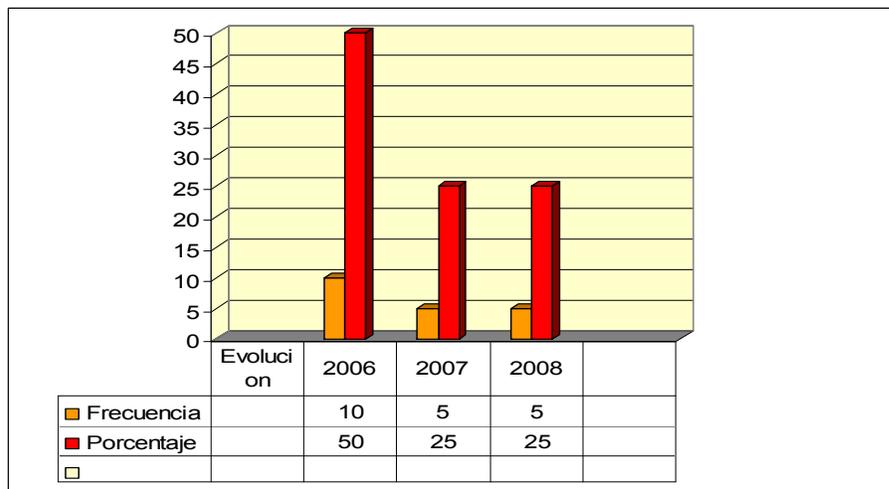
expectativas normativas. Dentro del aspecto sociocultural, son familias modernas incorporadas a la cultura de la vida social urbana que teóricamente han dejado atrás su cultura de origen que era de tipo rural y tradicional.

Gráfica 1.- Ocupación de pacientes con cáncer de Mama.



Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 Gabriel Zamora.

Gráfica 2.- Años de evolución de los pacientes con cáncer de Mama.



Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 Gabriel Zamora.

Cuadro 1. Características de las familias estudiadas

Familia	Conformación Nuclear	Desarrollo		Demografía Urbana	Ciclo vital	
		moderna	Tradicional		dispersión	independencia
20	20	13	7	20	11	9

Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 de Gabriel Zamora.

Cuadro 2. Características de la comunicación familiar en familias con cáncer de mama

Características de la comunicación	Porcentaje
Escala de contenido	60.35%
Escala de apoyo	49.8%
Escala de facilitación	31%
Apertura a la discusión en la familia en general	12.05%
Apertura a la discusión con la pareja	5.8%
apertura a la discusión con los hijos	5.95%

Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 de Gabriel Zamora.

Cuadro 3.- Validación de los cuestionarios para valora la comunicación en familias con cáncer de mama

Escala	N	α Cronbach	Spearman-Brown	Guttman
Contenido	12	.896	.881	.877
Apoyo	12	.917	.953	.949
Facilitación	8	.940	.928	.918
Global*	32	.956	.956	.954
Global **	9	.807	.812	.724

*Cuestionario de preferencias de comunicación en pacientes oncológicos

**Cuestionario para evaluar apertura y comunicación sobre el cáncer en la familia nuclear

Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 de Gabriel Zamora.

Cuadro 4.- Análisis de varianza (ANOVA) entre años de evolución y comunicación familiar

	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Escala de Contenido	2	4.950	.183	.834
	17	27.018		
	19			
Escala de Apoyo	2	312.825	10.093	.001
	17	30.994		
	19			
Escala de facilitación	2	95.350	3.949	.039
	17	24.147		
	19			
Apertura de Comunicación	2	67.600	2.845	.086
	17	23.765		
	19			

Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 de Gabriel Zamora.

Cuadro 5.- Análisis de varianza (ANOVA) entre ocupación y comunicación familiar

	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Escala de Contenido	3	20.075	.785	.519
	16	25.561		
	19			
Escala de Apoyo	3	50.153	.801	.511
	16	62.631		
	19			
Escala de facilitación	3	62.644	2.425	.103
	16	25.829		
	19			
Apertura de Comunicación	3	34.152	1.251	.324
	16	27.296		
	19			

Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 de Gabriel Zamora.

Cuadro 6- Prueba t student para muestras independientes según etapa del ciclo vital

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Escala de Contenido	.463	.505	.733	18	.473	1.657	2.261	-3.094	6.407
			.706	13.897	.492	1.657	2.345	-3.377	6.690
Escala de Apoyo	.000	.992	1.187	18	.251	4.111	3.464	-3.166	11.388
			1.181	16.885	.254	4.111	3.480	-3.235	11.457
Escala de facilitación	1.760	.201	1.653	18	.116	4.000	2.420	-1.085	9.085
			1.610	14.919	.128	4.000	2.485	-1.299	9.299
Apertura de Comunicación	.107	.747	.429	18	.673	1.051	2.448	-4.092	6.193
			.428	16.991	.674	1.051	2.456	-4.131	6.232

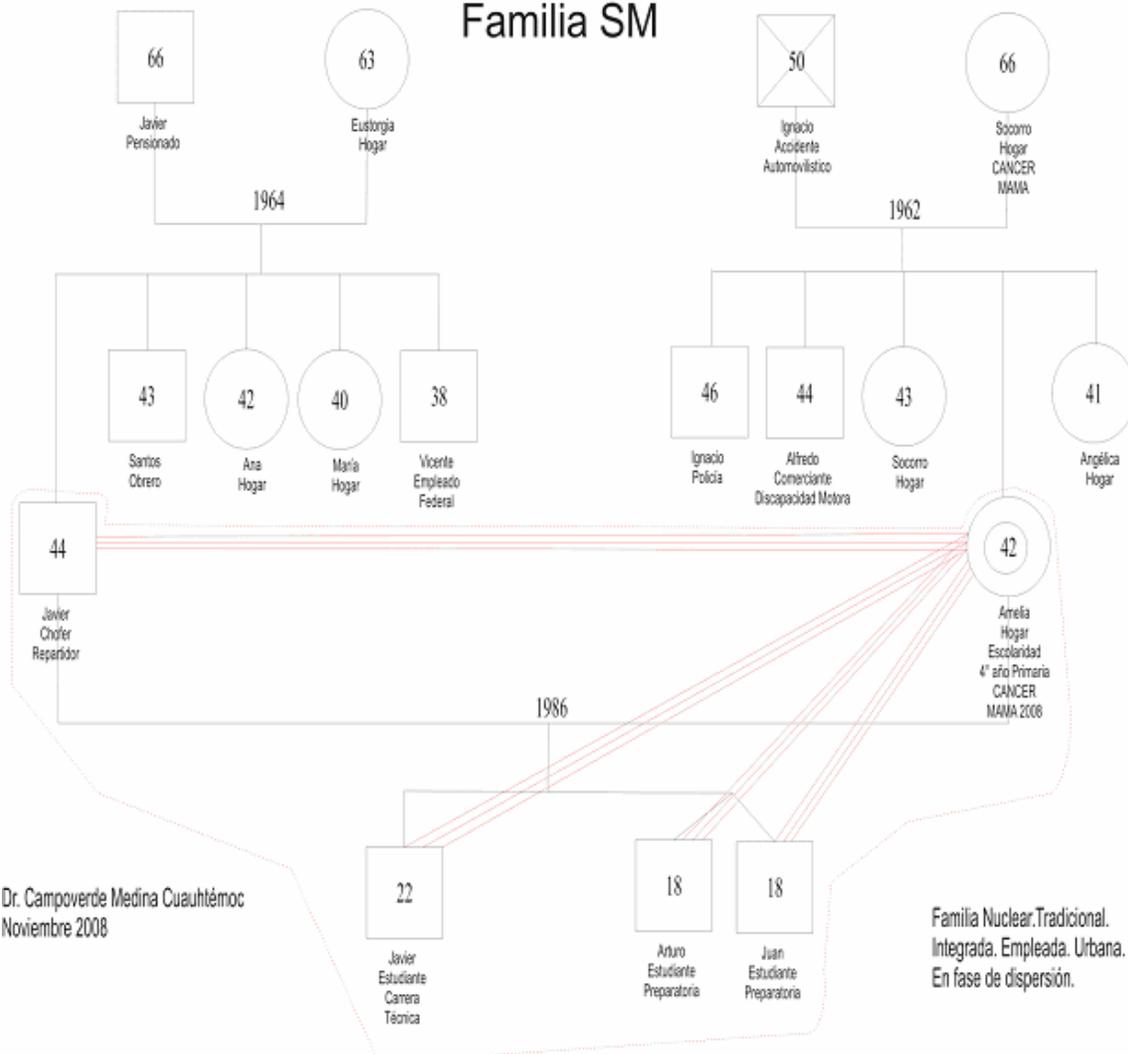
Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 de Gabriel Zamora.

Cuadro 7. Prueba de t para muestras independientes según la etapa del ciclo vital de la familia

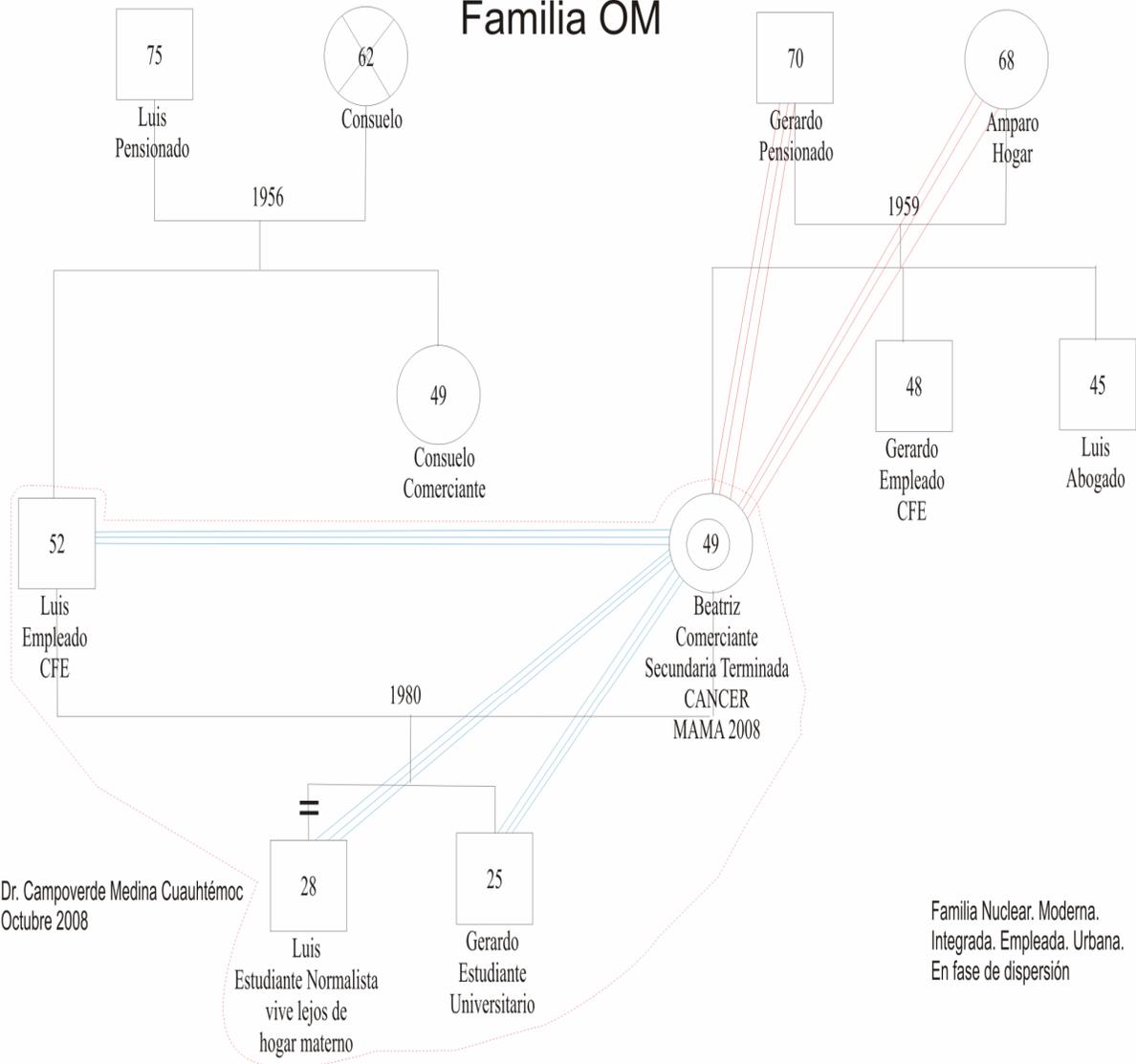
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Escala de Contenido	4.683	.044	-.593	18	.560	-1.407	2.370	-6.387	3.574
			-.731	17.764	.474	-1.407	1.925	-5.455	2.642
Escala de Apoyo	1.684	.211	-.291	18	.775	-1.088	3.743	-8.951	6.775
			-.319	15.958	.754	-1.088	3.408	-8.314	6.138
Escala de facilitación	.173	.683	.276	18	.785	.747	2.704	-4.933	6.427
			.283	13.293	.781	.747	2.638	-4.939	6.434
Apertura de Comunicación	5.292	.034	-.034	18	.973	-.088	2.566	-5.478	5.303
			-.028	7.372	.979	-.088	3.175	-7.520	7.344

Fuente. Estudio realizado en familias con cáncer de mama en la UMF 45 de Gabriel Zamora.

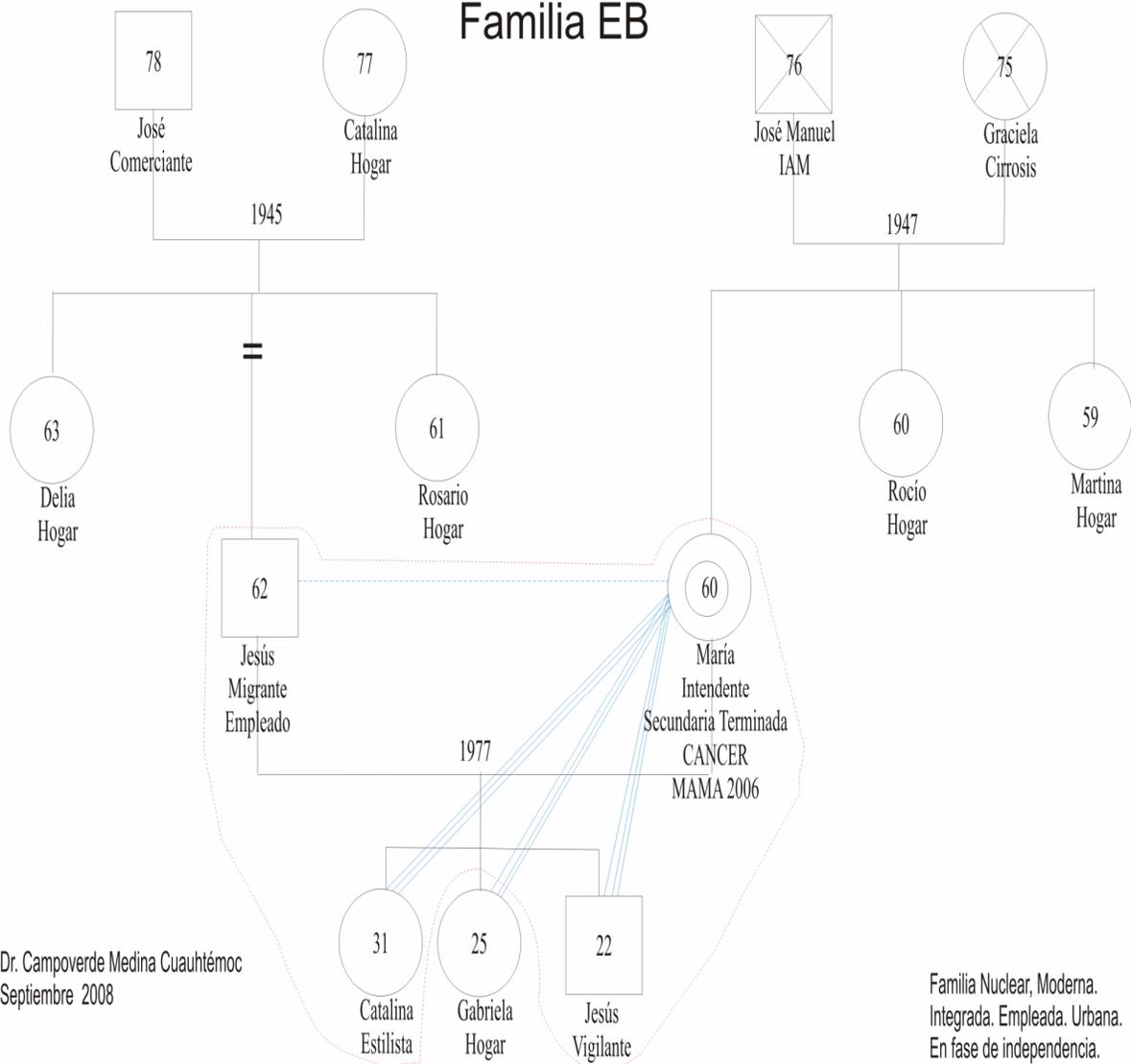
Genograma Familia SM



Genograma Familia OM



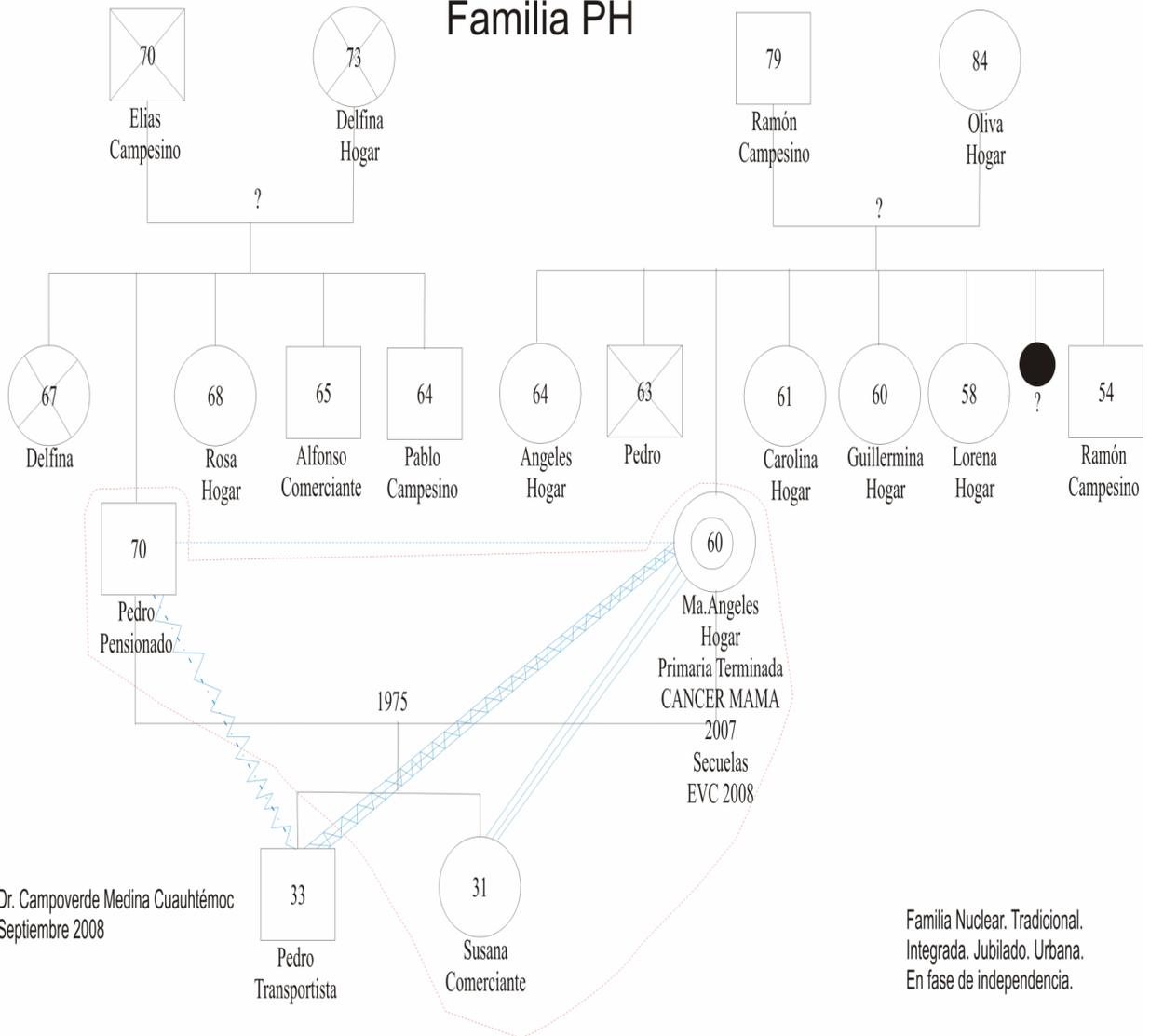
Genograma Familia EB



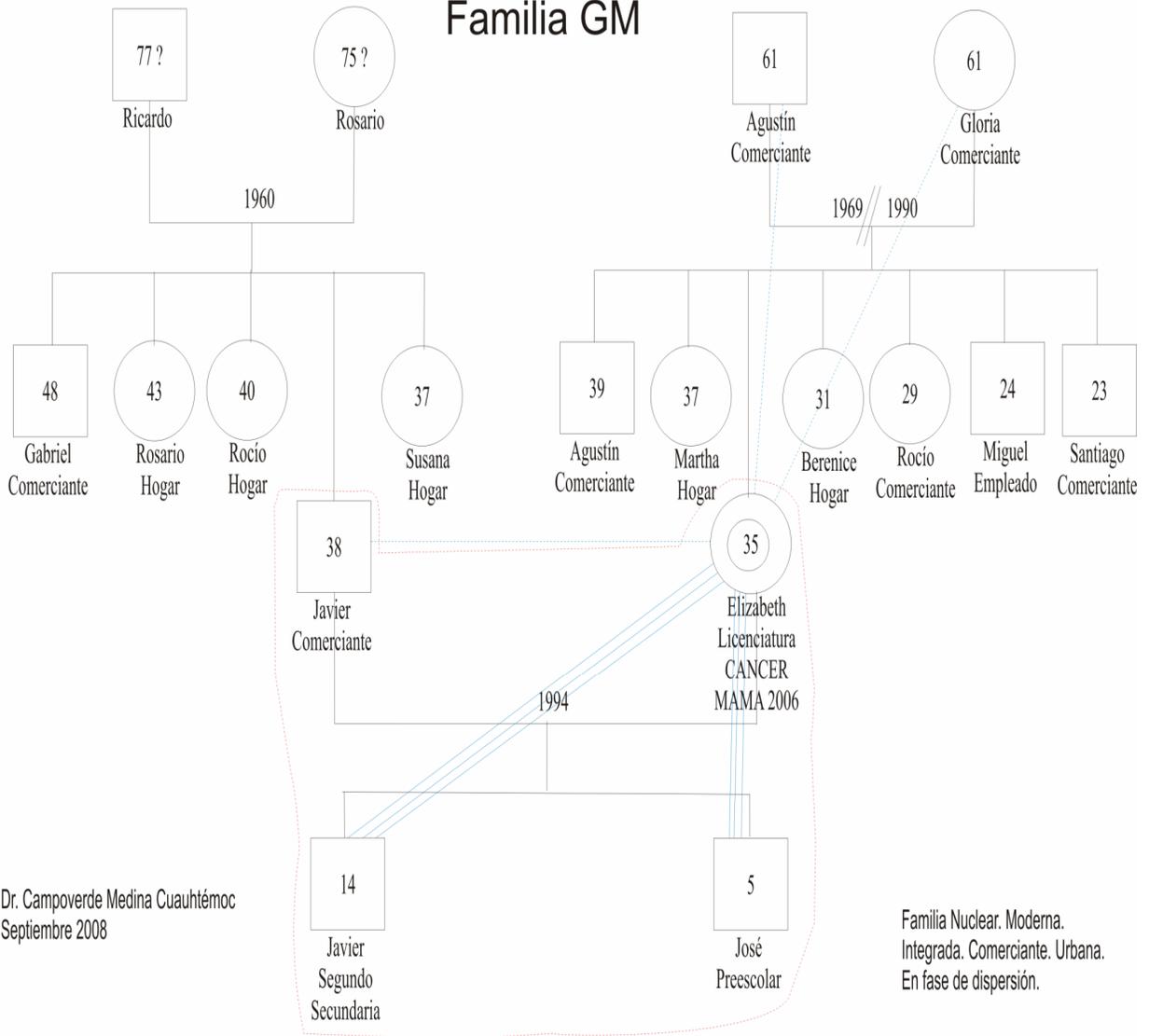
Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

Familia Nuclear, Moderna.
Integrada. Empleada. Urbana.
En fase de independencia.

Genograma Familia PH



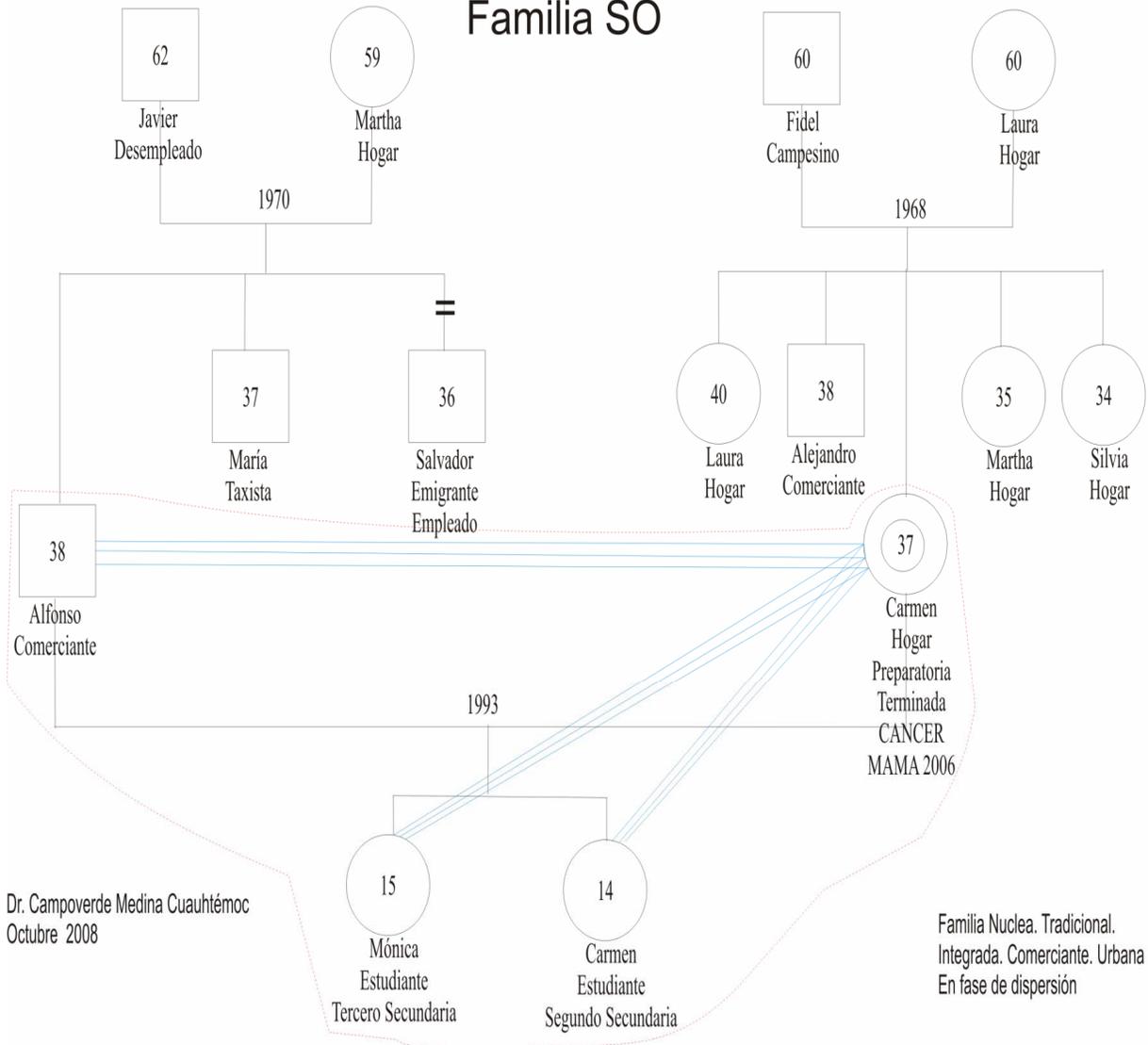
Genograma Familia GM



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Comerciante. Urbana.
En fase de dispersión.

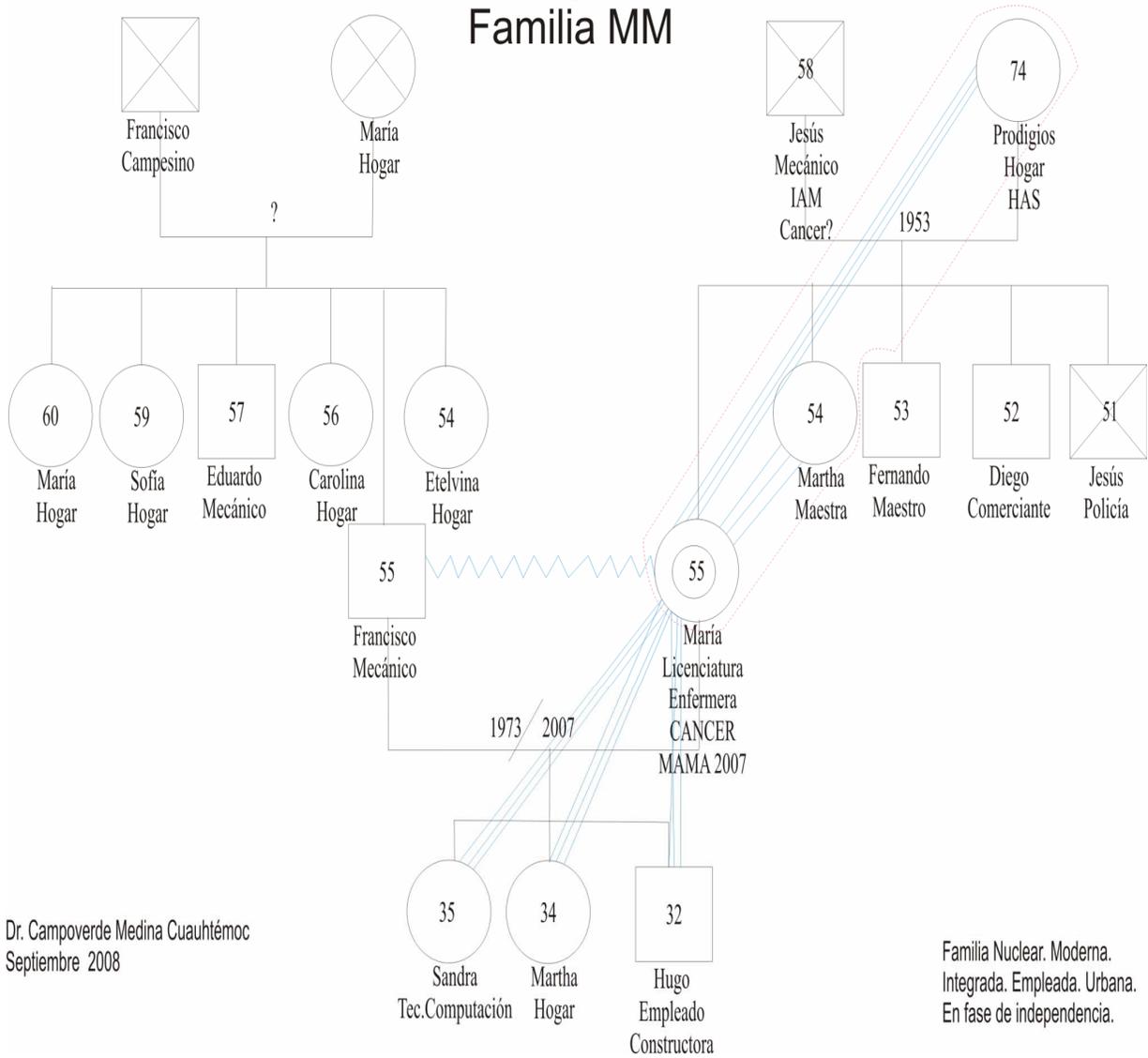
Genograma Familia SO



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Octubre 2008

Familia Nuclea. Tradicional.
Integrada. Comerciante. Urbana
En fase de dispersión

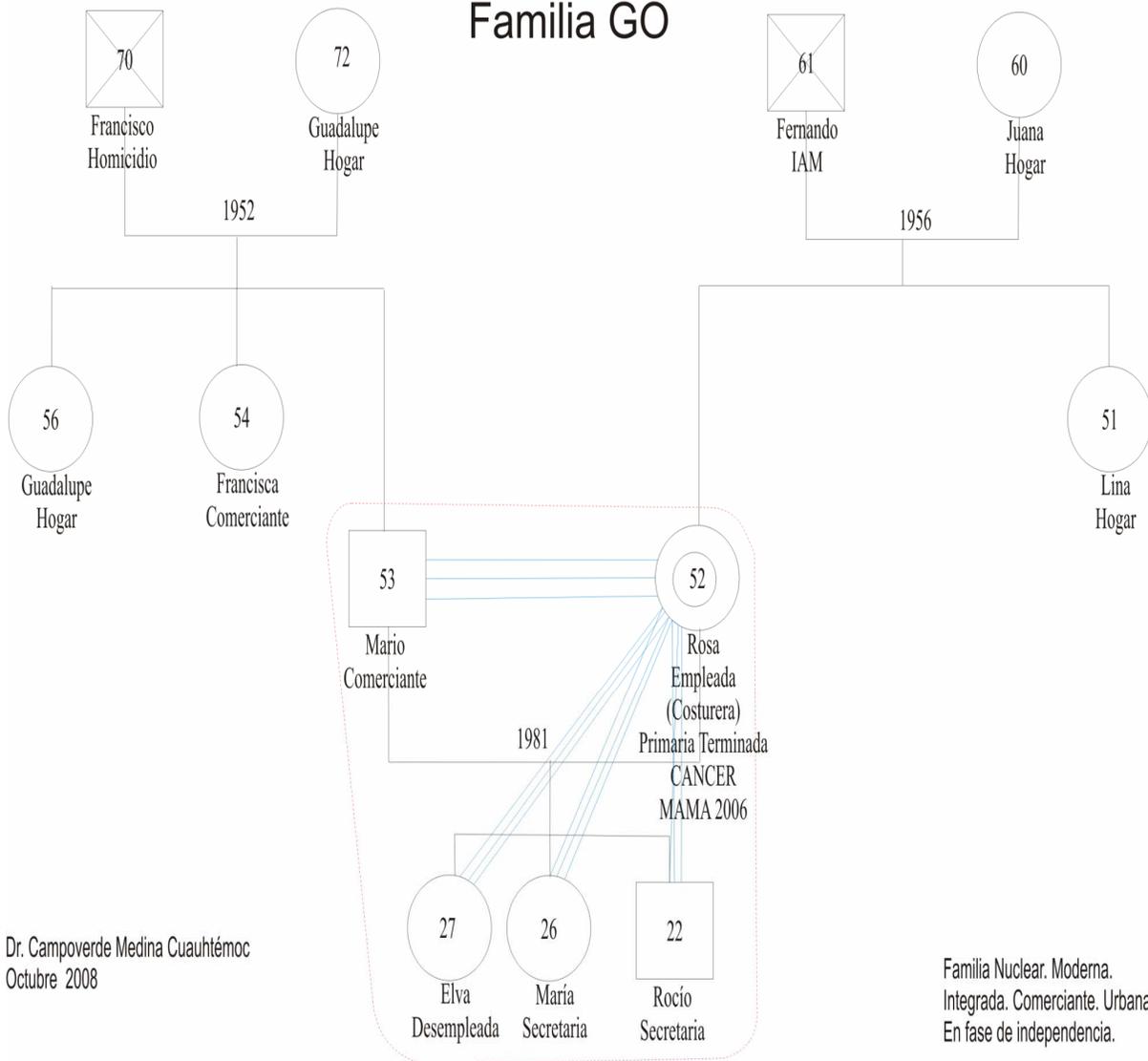
Genograma Familia MM



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Empleada. Urbana.
En fase de independencia.

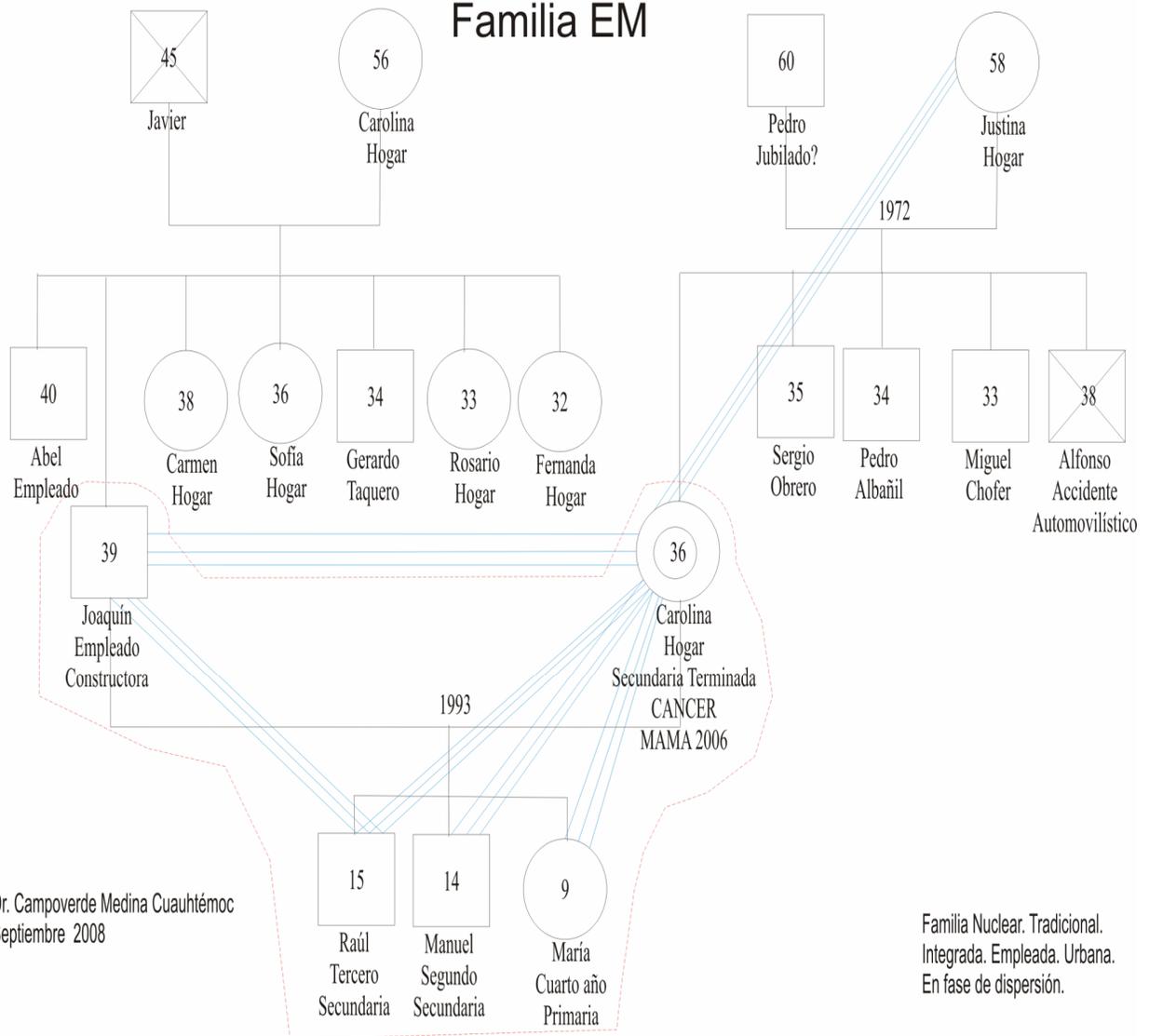
Genograma Familia GO



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Octubre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Comerciante. Urbana.
En fase de independencia.

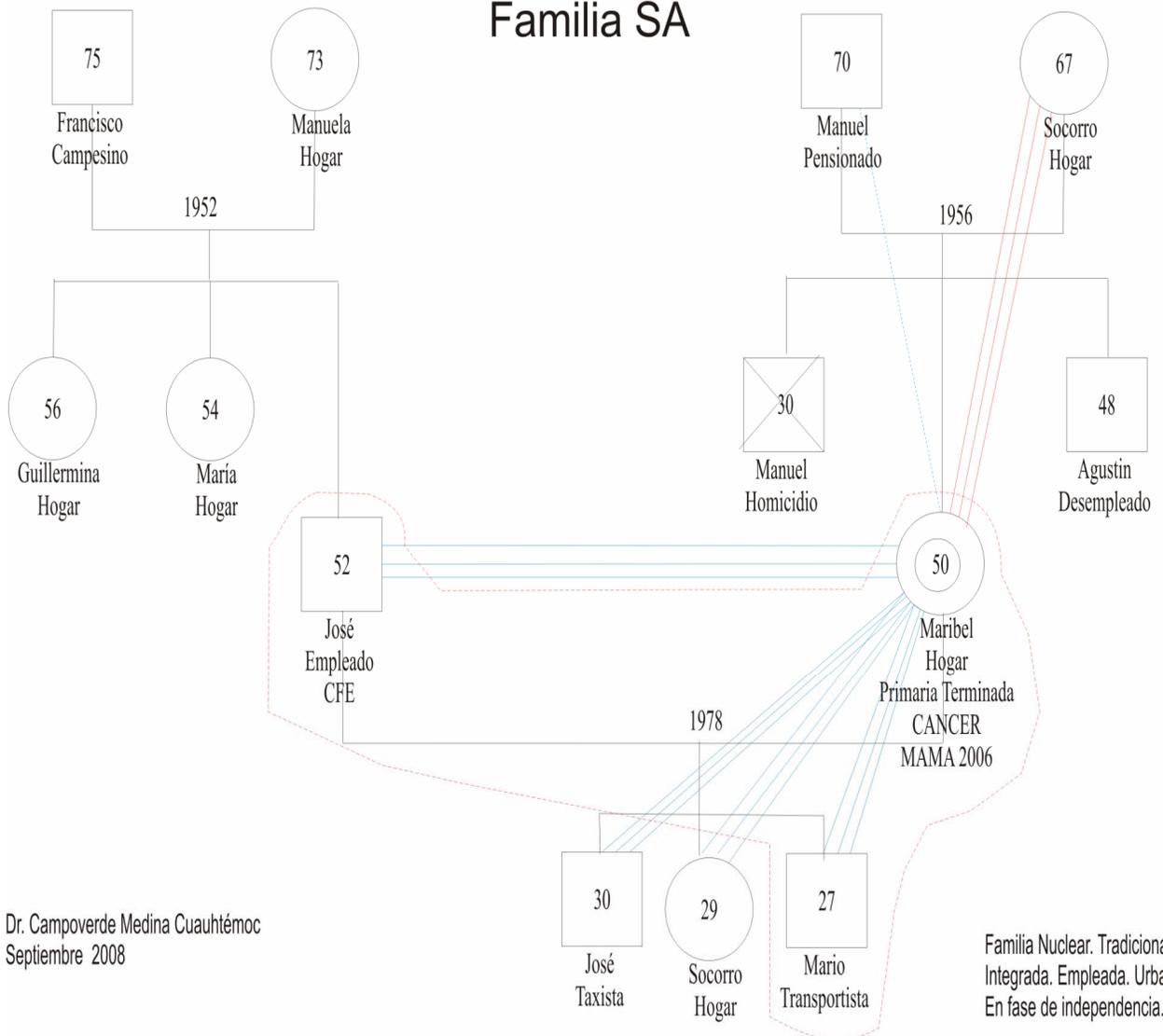
Genograma Familia EM



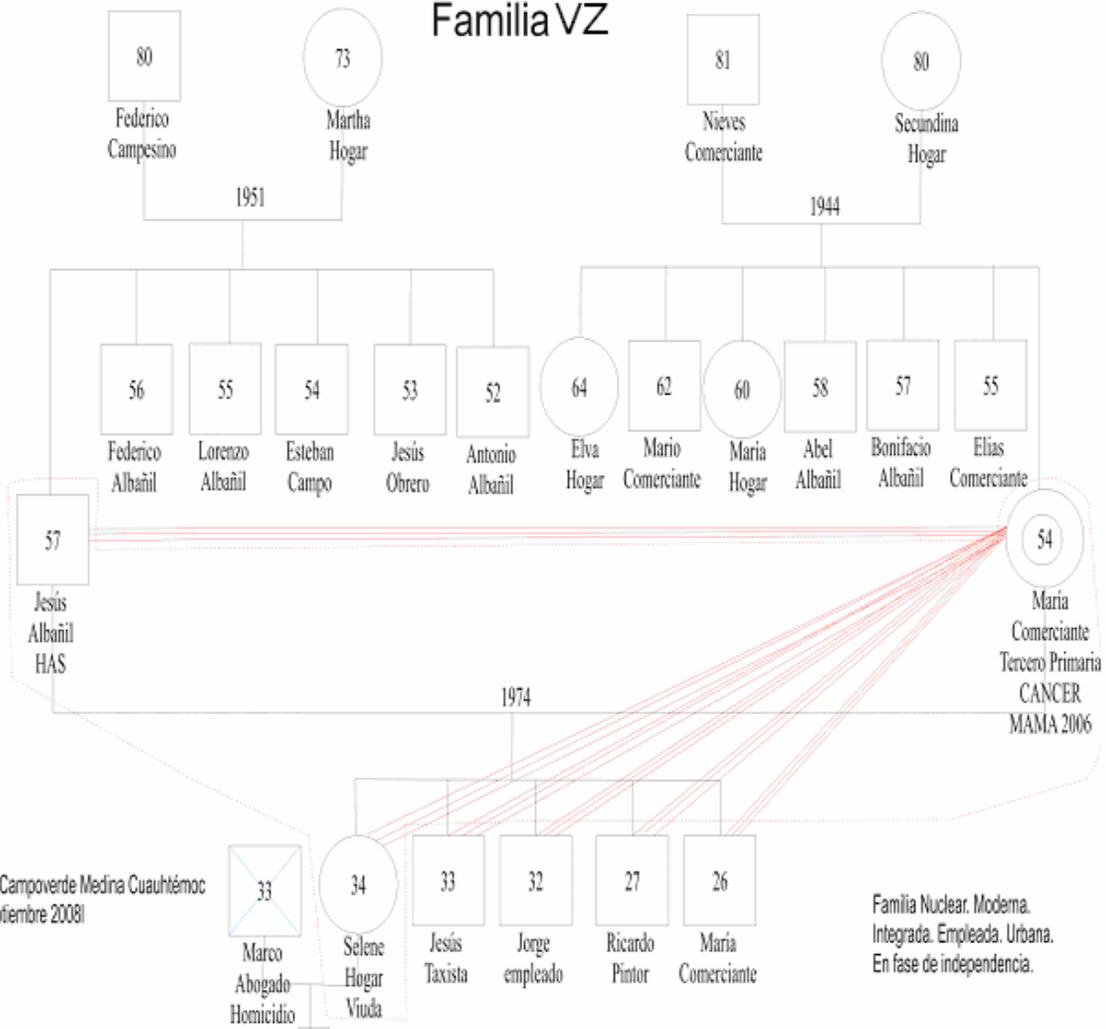
Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

Familia Nuclear. Tradicional.
Integrada. Empleada. Urbana.
En fase de dispersión.

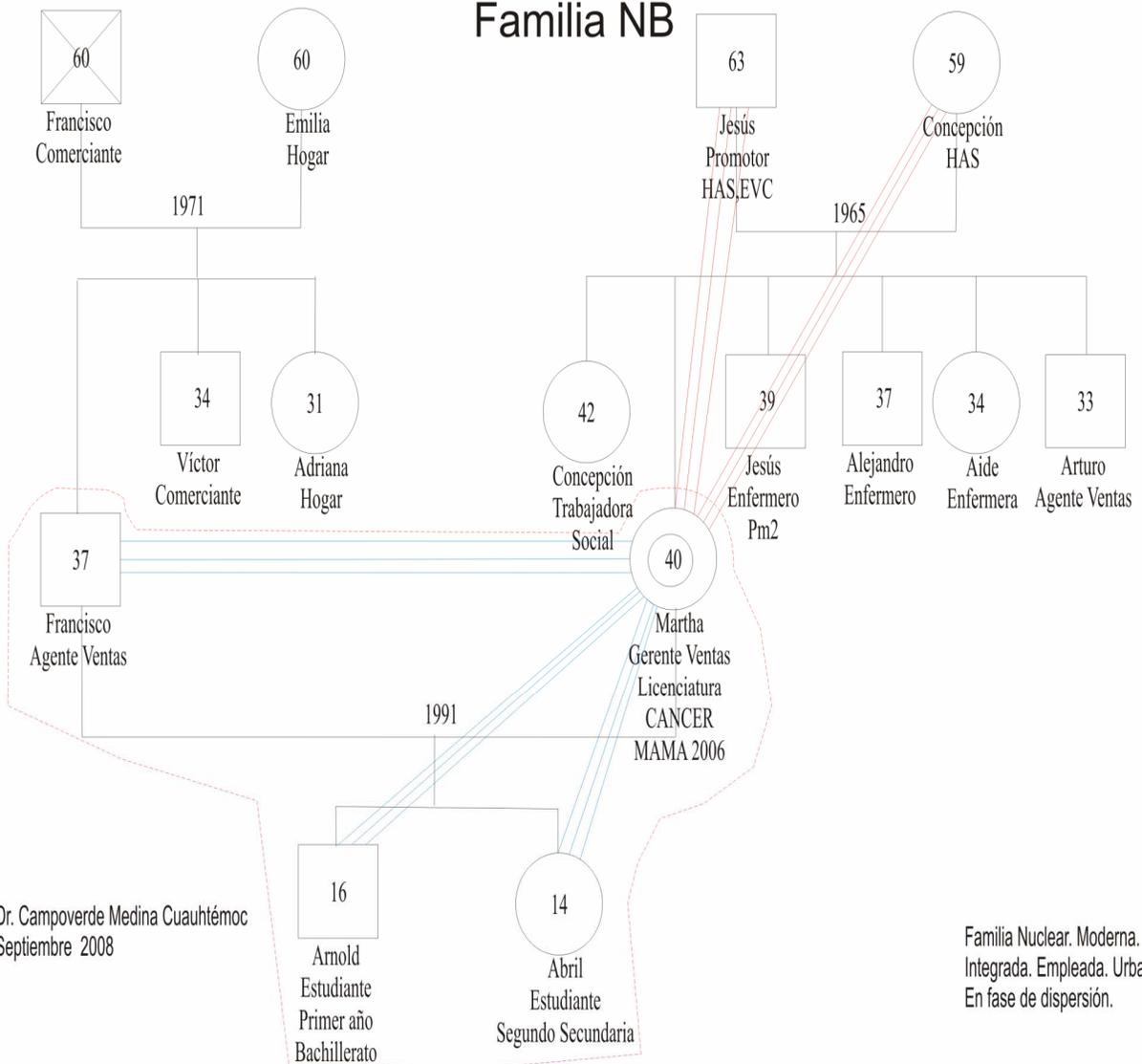
Genograma Familia SA



Genograma Familia VZ



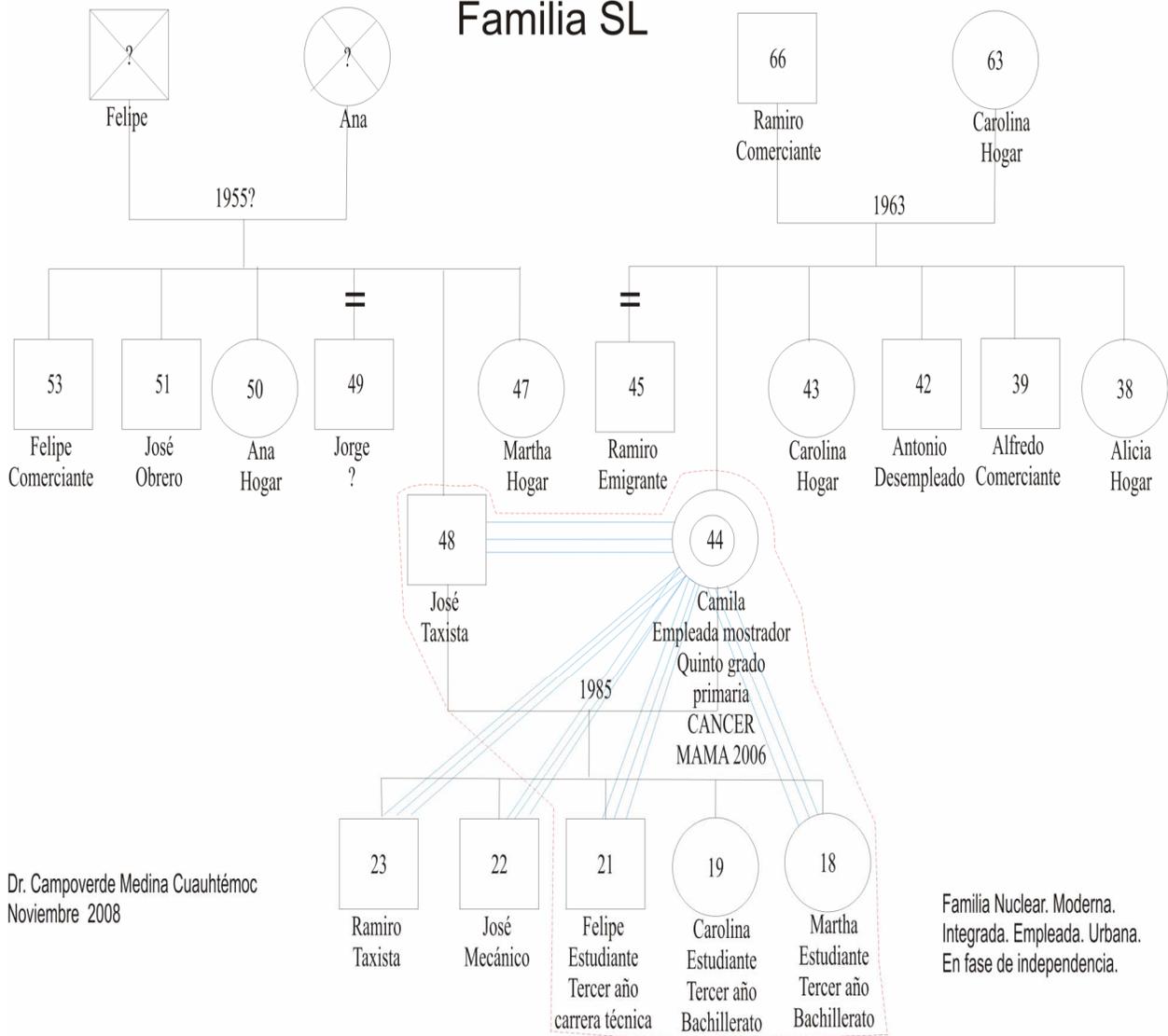
Genograma Familia NB



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Empleada. Urbana.
En fase de dispersión.

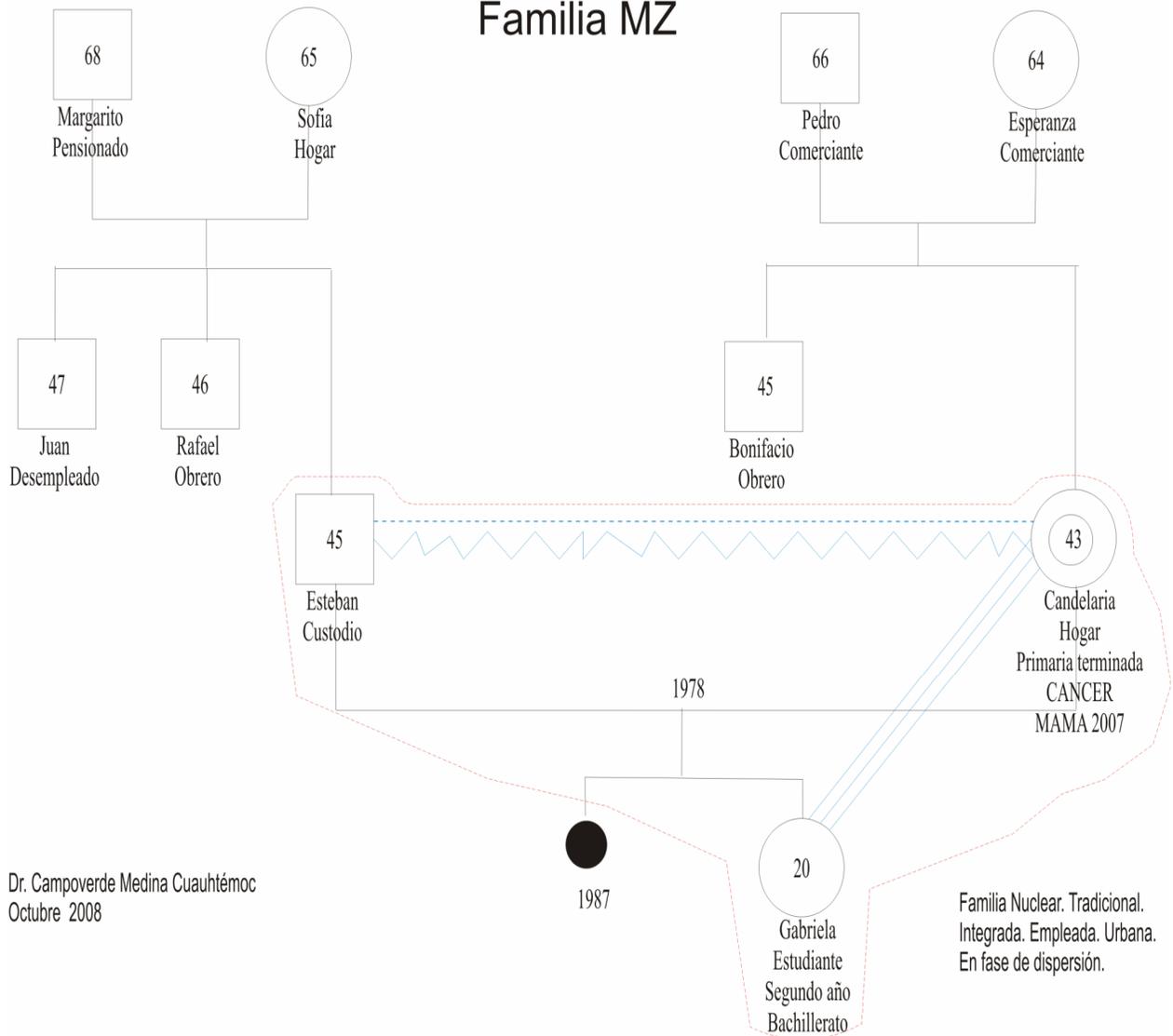
Genograma Familia SL



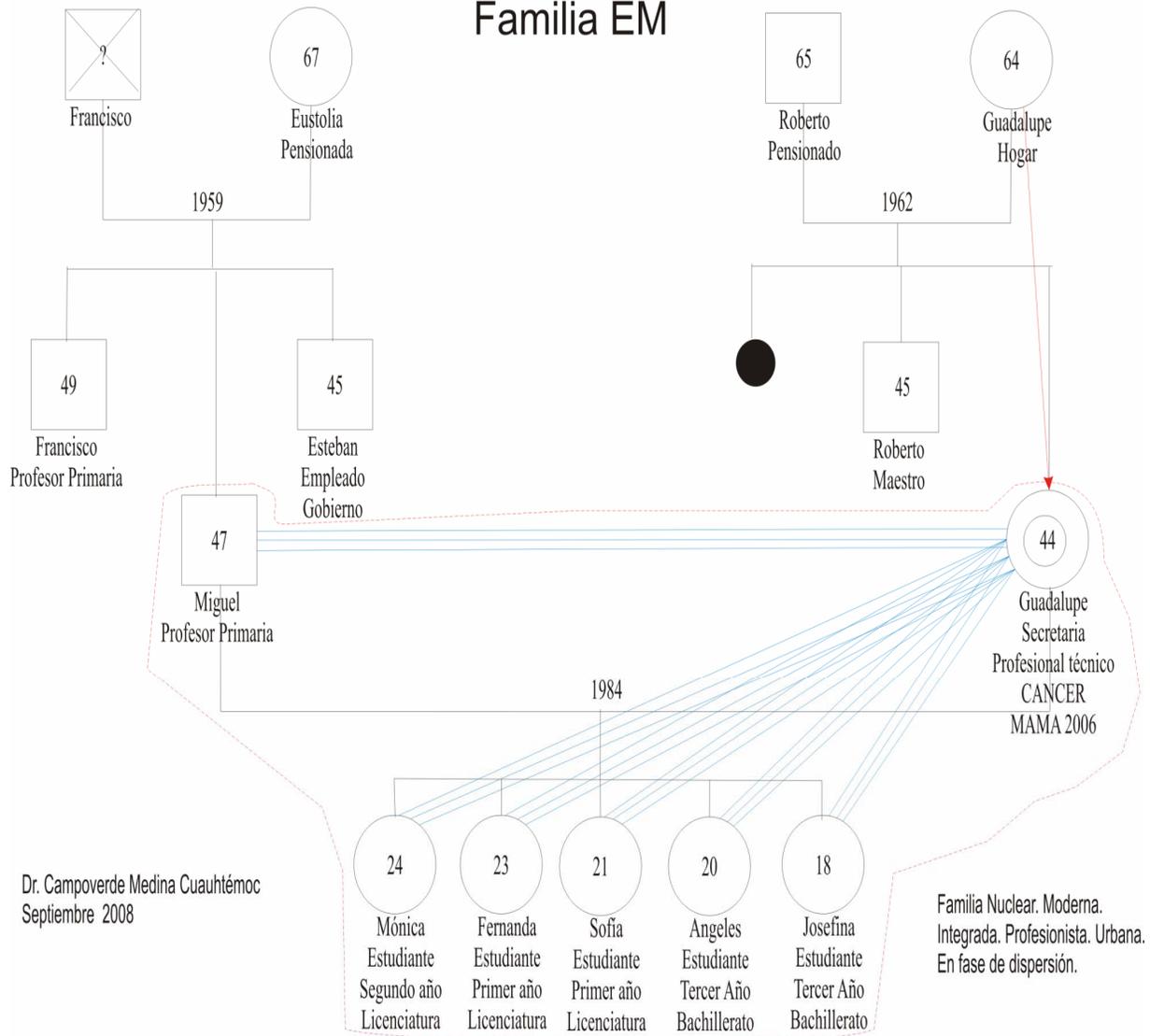
Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Noviembre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Empleada. Urbana.
En fase de independencia.

Genograma Familia MZ

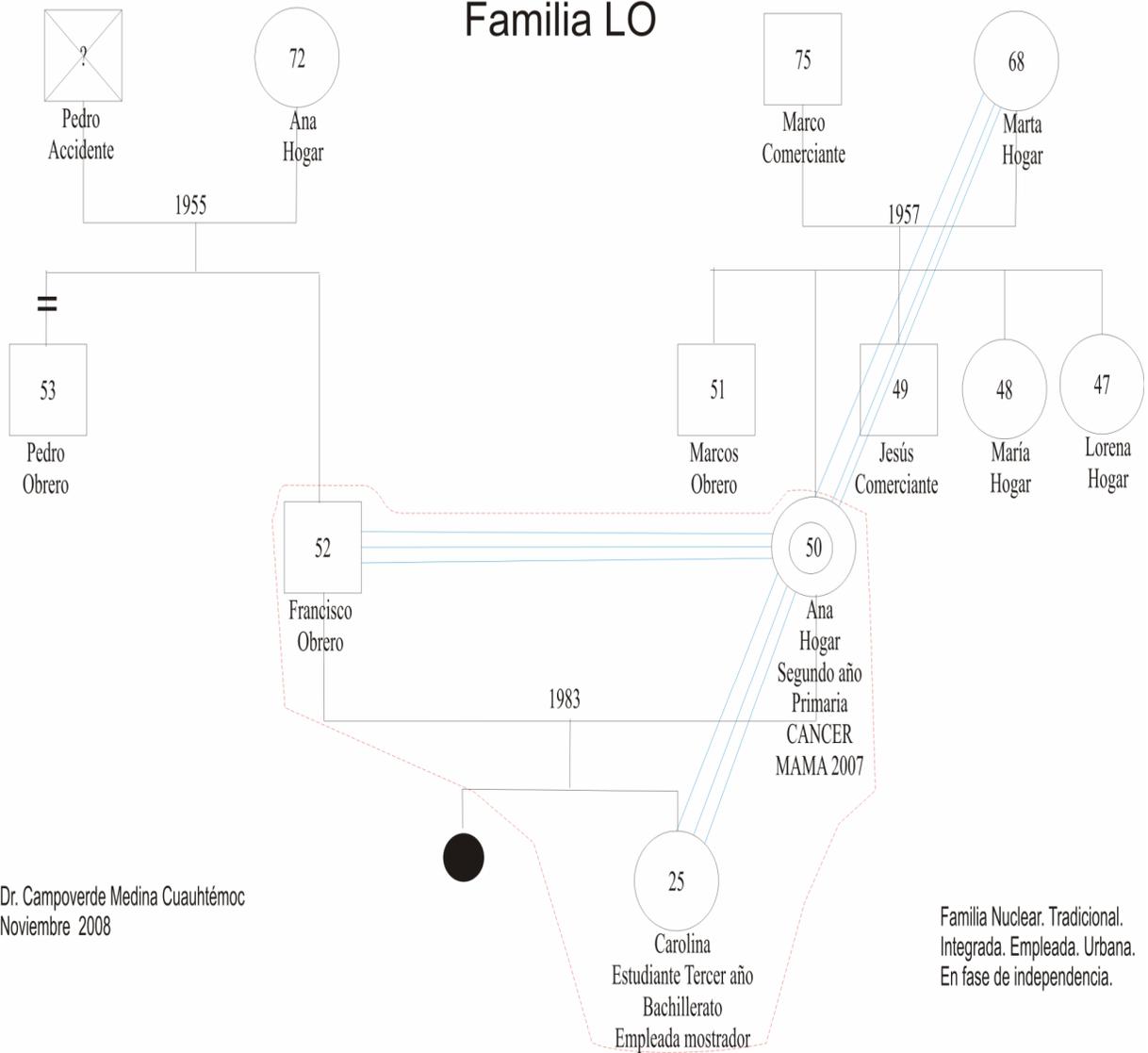


Genograma Familia EM



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

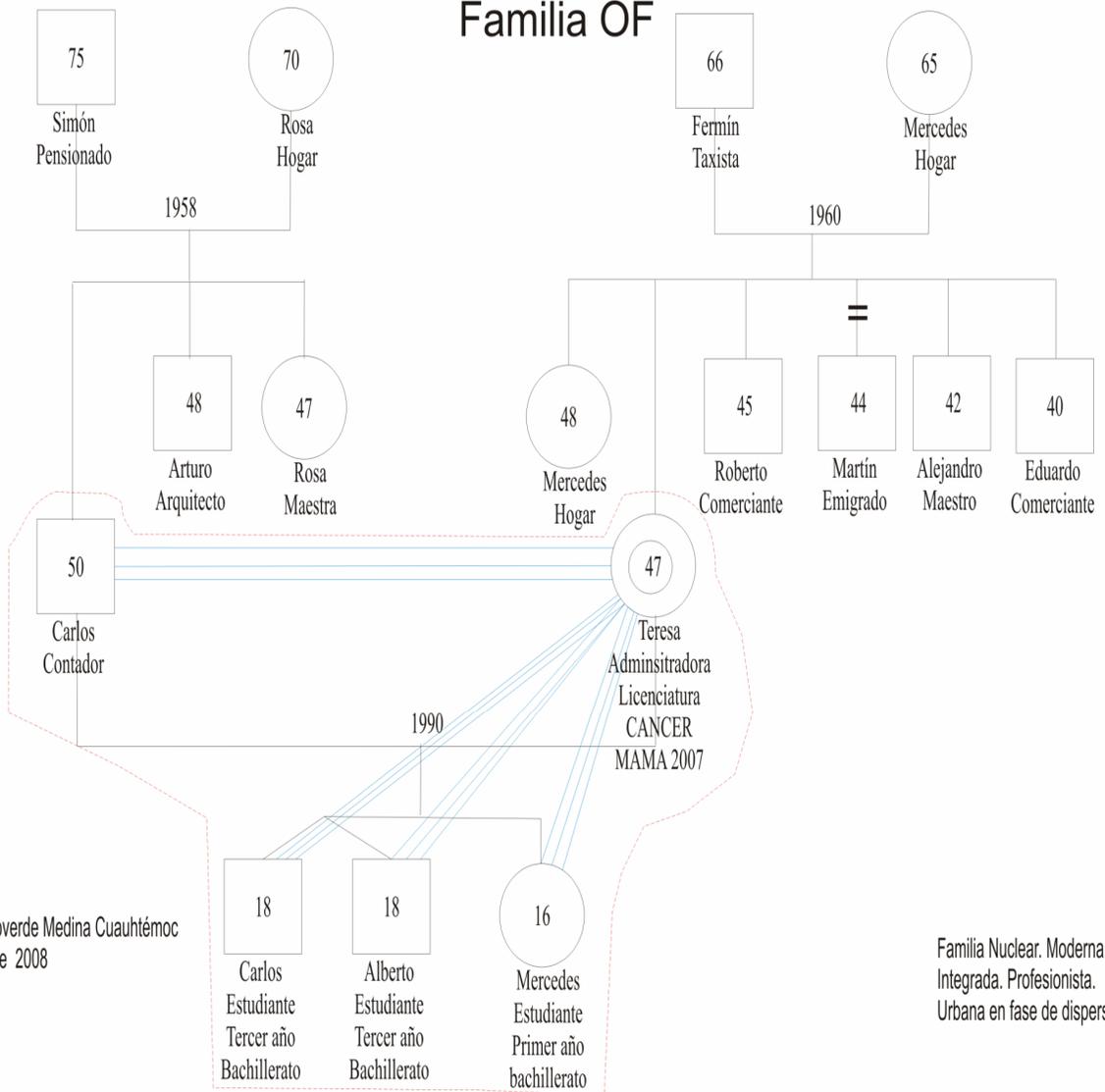
Genograma Familia LO



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
 Noviembre 2008

Familia Nuclear. Tradicional.
 Integrada. Empleada. Urbana.
 En fase de independencia.

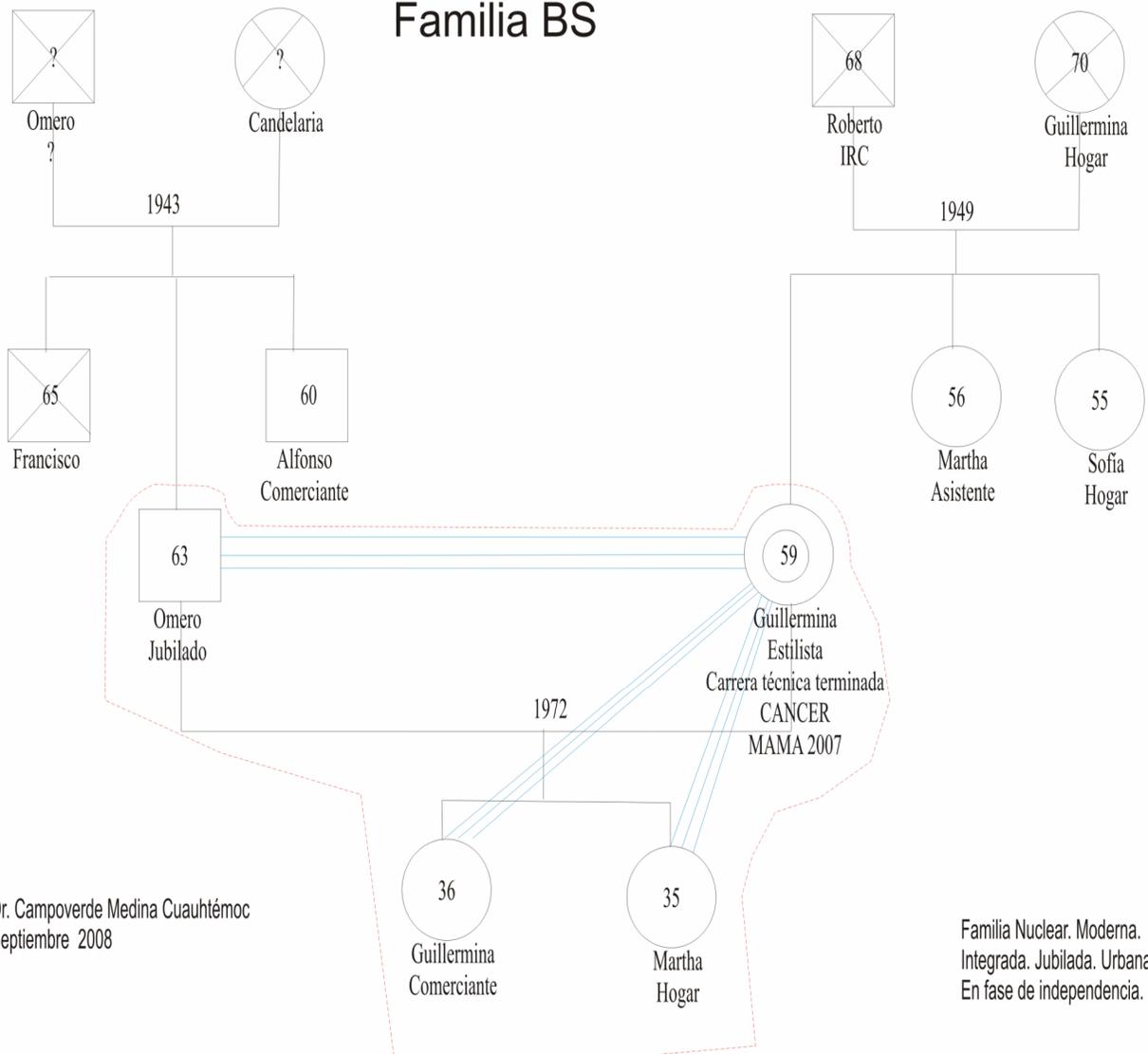
Genograma Familia OF



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Profesionista.
Urbana en fase de dispersión.

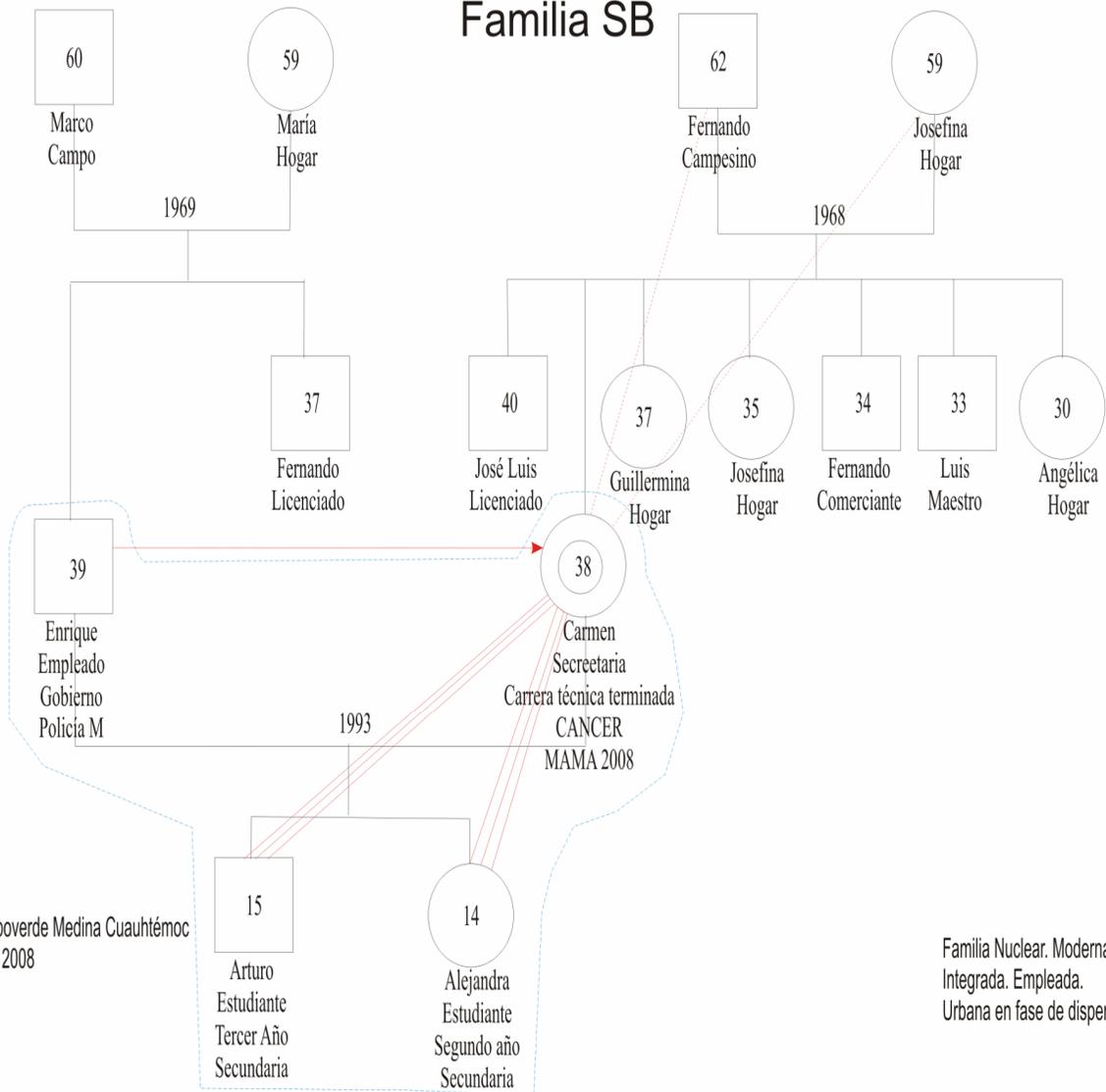
Genograma Familia BS



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Septiembre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Jubilada. Urbana.
En fase de independencia.

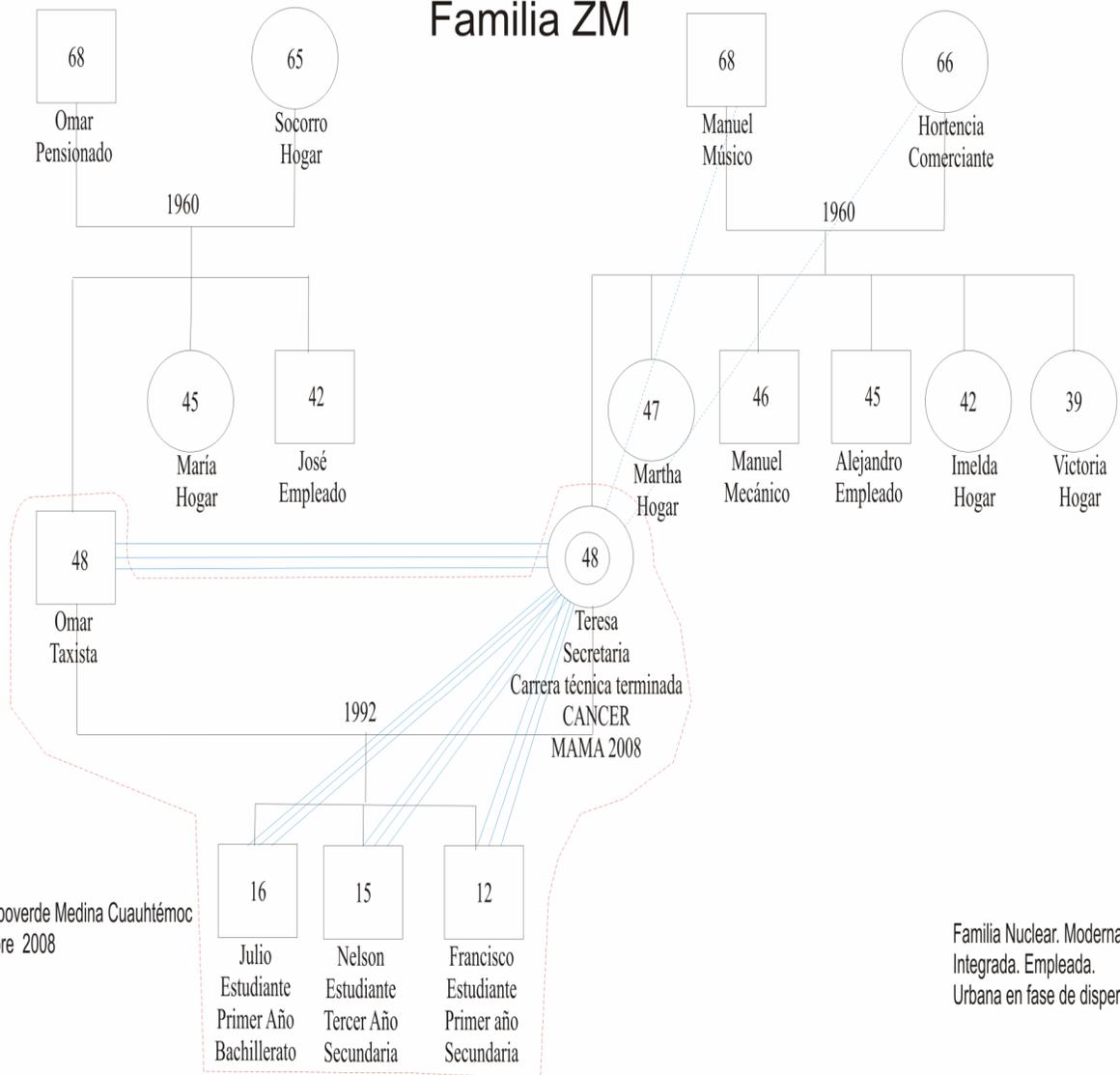
Genograma Familia SB



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Octubre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Empleada.
Urbana en fase de dispersión.

Genograma Familia ZM



Dr. Campoverde Medina Cuauhtémoc
Noviembre 2008

Familia Nuclear. Moderna.
Integrada. Empleada.
Urbana en fase de dispersión.

8.- DISCUSIÓN

Las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama sufren un impacto emocional cuando se les notifica el diagnóstico. Pero el problema se vuelve familiar cuando es toda la familia quien recibe la información por parte del médico tratante. Al interior del grupo familiar es necesario socializar el proceso y el medio para que ocurra la comunicación. Sin embargo, como evidencia de esta investigación las familias se resisten a hablar del cáncer, este hallazgo ya ha sido comentado en otros estudios ⁽⁵²⁾.

Por otro lado, en este trabajo se encuentra asociación significativa en cuanto al contenido de la comunicación y la apertura para la misma en relación con el desarrollo de la familia y el ciclo vital de la misma. Estos dos fenómenos se ven más frecuentemente en las familias jóvenes, es decir, en etapa de expansión, y la explicación tiene que ver con que hay vínculos emocionales más intensos con respecto a los hijos y tal vez también con la pareja ⁽⁵³⁾.

En lo que respecta a las funciones familiares, éstas se ven afectadas según el tiempo de evolución transcurrido con el cáncer. Se aprecia que una vez superados la primera etapa de crisis las familias se adaptan consistentemente y logran mantenerse unidas. En estas familias no se apreció pautas repetitivas que pudieran indicar carga genética para el cáncer de mama, lo que podría indicar que el cáncer tiene que ver con factores extrafamiliares, al respecto se ha publicado una amplia bibliografía ⁽⁵⁴⁾.

9.- CONCLUSIONES

El objetivo general en este estudio fue determinar las características que presenta la comunicación familiar en las familias donde la esposa tiene diagnóstico de cáncer de mama establecido en la UMF No. 45 de Gabriel Zamora. Podemos concluir diciendo que las familias con cáncer de mama tienen afectadas los aspectos de la información sobre las enfermedades y su tratamiento, el apoyo emocional y la información y elementos que faciliten la comunicación.

Otro aspecto de la comunicación familiar que está afectado es la apertura a la discusión en la familia en general, la apertura a la discusión con la pareja y la apertura a la discusión con los hijos.

Estas conclusiones nos permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- 1.- En entrevista con la familia, promover el diálogo abierto entre los familiares más cercanos (cónyuge e hijos) sobre las preocupaciones y miedos relacionados con el cáncer.
- 2.- Apoyar a la paciente a expresar abiertamente sus miedos y preocupaciones con sus familiares
- 3.- Facilitar información relevante de una manera clara y concreta sobre la enfermedad y los cuidados a seguir a las pacientes y familiares.
- 4.- Brindar apoyo emocional a pacientes posterior a la confirmación del diagnóstico del cáncer de mama.
- 5.- Empatizar y escuchar de manera activa, pedir opinión, declarar deseos, dar información en sentido positivo utilizando lenguaje claro evitando el uso de lenguaje profesional.

10.- BIBLIOGRAFIA

- ¹ Martínez TJL. Cáncer de mama. Boletín de práctica médica efectiva 2007. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública pág.: 1-6.
- ² Tenorio GF. El cáncer de mama y sus paradigmas. Gamo 2005; 4(6): 136-138.
- ³ Lain EP. Historia Universal de la Medicina. Salvat, Barcelona 1987 Tomo 1
- ⁴ Escudero FJ. Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. An Sist Sanit. Navar 2005; 28 (2): 7-18.
- ⁵ Rodríguez CSA, Carpuso GM. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 585-587.
- ⁶ Secretaría de Salud. Compendio de cáncer. Registro histopatológico de neoplasias malignas 2002. Departamento de estadística y epidemiología. dgis.salud.gob.mx/press/tallerCIPD/5_SEEDmaternas1.ppt
- ⁷ Rodríguez-Cuevas SA. Cáncer de mama. Cir Ciruj. 2005, 73 (6): 423-424
- ⁸ Torres-Arreola LP, Vladislavovna DS. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (2): 157-166
- ⁹ Ocampo LRR. El cáncer de mama. RESPYN 2006; 7 (3).
- ¹⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social Departamento de Informática Médica. Estadísticas Delegacionales del Cáncer de Mama, Noviembre 2008. <ftp://11.1.17.206/prevenimss>.
- ¹¹ Cárdenas SJ, Sandoval GF. Segunda revisión del consenso nacional sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Gamo 2006; 5 (2): 3-21.
- ¹² Rodríguez CSA, Carpuso GM. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 588-593.

-
- ¹³ Vidal MS. Cáncer de mama hereditario: identificación y elección de pacientes para estudio molecular de los genes BRCA. *Cancerología* 2008; 3: 51-61.
- ¹⁴ Caldés T. Cáncer hereditario: fundamentos genéticos. *Psicooncología* 2005; 2(2-3): 183-196.
- ¹⁵ Zulaica CV. Guías clínicas cáncer de mama. Fistera [en línea]2007 [fecha de acceso 18 de Febrero del 2008];URL disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/mama.asp>
- ¹⁶ Mucio RJS. La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *REB* 2007; 26(4): 121-122.
- ¹⁷ Sirera R, Sánchez TP, Camps C. Inmunológica, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología* 2006; 3(1): 36-41
- ¹⁸ Gómez GB, Escobar A. Estrés y sistema inmune. *Rev Mex Neuroci* 2006; 7(1): 30-38.
- ¹⁹ Mucio RJS. La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *REB* 2007; 26(4): 123-128.
- ²⁰ Rubin E. Patología estructural. McGraw-Hill Interamericana 2006, México
- ²¹ Sirera R, Sánchez TP, Camps C. Inmunológica, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología* 2006; 3(1): 42-48.
- ²² Velázquez MAG, García CMA, Alvarado AS, Ángeles SJA. Cáncer y psicología. *Gamo* 2007; 6(3): 71-75.
- ²³ Barroilhet DS, Forjaz MJ, Garrido LE. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(6): 390-397.

-
- ²⁴ Cortés FF, Abián L, Cortés FH. Adaptación psicosocial del paciente oncológico Ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología* 2003; 0(1): 83-92.
- ²⁵ Cruzado JA, Olivares ME. Comunicación en consejo genético. *Psicooncología* 2005; 2 (2-3): 269-284.
- ²⁶ Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. Paidós 2005, México
- ²⁷ Karam. T. La idea de comunicación en la terapia familiar sistémica de Virginia Satir. WWW. Razón y palabra. org. mx
- ²⁸ Pereira NML. Perspectivas sobre la comunicación. REAIE, Latindex [en línea] 2005 [fecha de acceso 20 de Marzo del 2008]; 5, (2):1-32. URL disponible en: <http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/2-2005/articulos.php>
- ²⁹ Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. La prensa médica mexicana, México 1980.
- ³⁰ Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. editorial Pax. México, 2001
- ³¹ Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología* 2005; 2 (1): 71-80.
- ³² González M, Blanco I, Bayes R. Dificultad en la comunicación del riesgo de padecer cáncer hereditario. *Psicooncología* 2005; 2 (2-3): 285-292.
- ³³ Vidal ML, Sánchez PT, Corbellas C, Peiró G, Godes M, Blasco A, Caballero C, Camps C. Estudio descriptivo sobre el recuerdo del paciente tras la comunicación del diagnóstico y del pronóstico en oncología. *Psicooncología* 2007; 4(1): 21-34.

-
- ³⁴ Sánchez N, Sirgo A, Hollenstein MF, León C, Lacorte TM, Salamero M. Preferencias de comunicación y apoyo a pacientes oncológicos españoles. Adaptación del "Measure of patient's preferences". *Psicooncología* 2005; 2(1) 81-90.
- ³⁵ Rodríguez IAC, Ruiz SRY, Restrepo FM. Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista colombiana de psicología* 2004; (13):90-101.
- ³⁶ Alvarado AS. *Psicooncología en México (perspectiva Histórica)*. Gamo 2004; 3(3):44-47
- ³⁷ Gisell LMP, Canelones P, Mendoza A, Romero G, Palacios LE, Rivas L, Castés M. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 4(1): 59-74
- ³⁸ Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 4(2-3): 423-446.
- ³⁹ Die-Trill M. Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Psicooncología* 2007; 4 82-3): 405-416.
- ⁴⁰ Sánchez N, Torres A, Camprubí N, Vidal A, Salamero M. Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2005; 2(1): 21-32.
- ⁴¹ Berstein JL, Lapinski R, Lynch C, Holford T, Thompson WD. Factors influencing mortality among young women with second primary breast carcinoma. *Cancer* 2002; 95: 2051-8.

⁴² Prior P, Waterhouse JA. Incidence of bilateral tumours in a population- based series of breast-cancer patients. I. Two approaches to an epidemiological analysis. Br J Cancer 1978; 37: 620-34.

⁴³ Estudillo OD, Hernández RA, García RFM, Gil GR, Varelas RF, Jiménez VX. Cáncer de mama bilateral. Experiencia de 10 años en la unidad de oncología del hospital Juárez de México. Cir Gen 2007;29:283-288.

⁴⁴ Secretaria de Salud. Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica de la dirección general de epidemiología, anuarios de morbilidad, 2000-2006. Secretaría de Salud.

⁴⁵ IMSS Delegación Michoacán, sistema único de información médica. departamento de informática, 2008.

⁴⁶ M. McGoldrick y R. Gerson. Genogramas en la evaluación familiar" Ed.Gedisa. Segunda edición. 1996.

⁴⁷ S Parker PA, Baile WF, Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. J Clin Oncol 2001; 19:2049-56

⁴⁸ Mesters I, Van den Borne H, Mc Cormick L, Pruy J, de Boer M, Imbos T. Openness to discuss cancer in the nuclear family: scale, development, and validation. Psychosom Med 1997; 59(3):269-279.

⁴⁹ Declaración de Helsinki: Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. <http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.htm>

⁵⁰ Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.

<http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm>

⁵¹ Comisión nacional de arbitraje médico. Código de bioética para el personal de salud. México 2002. <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>

⁵² Arias RVL, De León ZET. Perfil emocional de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el hospital oncológico de la ciudad de Santiago, período marzo–septiembre 2007.

<http://www.uapa.edu.do/uapasitev3/siu/docs/inv/resultados/2/articulo%20perfil%20emocional%20de%20las%20pacientes%20con%20c%81ncer%20de%20mama.pdf>.

⁵³ Fernández L, Molina A, Bouch ML, Camacho R. El médico de familia y su equipo en el manejo integral del cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr, 2004, 3(2):15-20

⁵⁴ Cano-Vindel A, Sirgo A, Díaz-Ovejero MG, Pérez-Manga M. Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. Revist electrónica de psicología 1997,(1); 1:17- 28



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ reconozco que me ha proporcionado información amplia y precisa sobre el estudio al que se me pide participar por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

- 1.- Se me informó sobre el estudio de investigación que se pretende realizar.
- 2.- Que seré sometida a dos instrumentos de evaluación para determinar las características de la comunicación familiar.
- 3.- Que la información obtenida de los datos que yo proporcione se manejará de manera confidencial y no se harán públicos de ninguna forma escrita, verbal o electrónica.
- 4.- Que no sufriremos ningún tipo de consecuencia por participar en el estudio.
- 5.- Que me comprometo a contestar los instrumentos de la manera mas veraz y de acuerdo a las indicaciones que reciba.

Por lo anterior, manifiesto, que es mi decisión libre y consciente de participar en los estudios que se me solicita

Firmo este consentimiento informado por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Aceptante

Nombre y firma

NSS

Testigo

unidad medica de adscrip.

Nombre y firma

Unidad donde se otorgó consentimiento

personal responsable

UMF 45 Gabriel Zamora Mich.

Dr. Cuauhtémoc Campoverde Medina

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

N-º identificación:

Nos gustaría conocer en qué medida son importantes para usted los aspectos que a continuación se describen respecto a la comunicación con su médico. Rodee con un círculo la opción que más se ajuste a su situación actual.

- 1= No es importante en absoluto
- 2= Es opcional, el médico puede hacerlo o no
- 3= Es importante
- 4= Es muy importante
- 5= Es esencial, el médico debería hacerlo siempre

- | | |
|---|-----------|
| 1. Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas | 1 2 3 4 5 |
| 2. Que el médico me explique la mejor opción de tratamiento | 2 3 4 5 |
| 3. Que el médico me describa con detalle mis opciones de tratamiento | 2 3 4 5 |
| 4. Que el médico me permita conocer todas las diferentes opciones de tratamiento ... | 2 3 4 5 |
| 5. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales..... | 2 3 4 5 |
| 6. Ser informado sobre mi pronóstico | 2 3 4 5 |
| 7. Que el médico me dé toda la información sobre mi cáncer | 2 3 4 5 |
| 8. Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación | 2 3 4 5 |
| 9. Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar a mi funcionamiento diario.. | 2 3 4 5 |
| 10. Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades del médico..... | 2 3 4 5 |
| 11. Que el médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer | 1 2 3 4 5 |
| 12. Que el médico tenga tiempo para responder a mis preguntas completamente. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Disponer de tiempo suficiente para hacer todas mis preguntas | 1 2 3 4 5 |
| 14. Que el médico me informe de los servicios de ayuda disponibles..... | 1 2 3 4 5 |
| 15. Que el médico me informe de los recursos sociales disponibles | 1 2 3 4 5 |
| 16. Que el médico muestre su preocupación por mí | 1 2 3 4 5 |
| 17. Que me reconforte si me emociono | 1 2 3 4 5 |
| 18. Que me diga que no pasa nada si me altero | 1 2 3 4 5 |
| 19. Que me anime a expresar mis sentimientos ante la nueva información sobre
Mi situación médica | 1 2 3 4 5 |
| 20. Que el médico me dé esperanzas sobre mi situación | 1 2 3 4 5 |
| 21. Que el médico me haga sentir cómodo para poder mostrar mis emociones | 1 2 3 4 5 |
| 22. Que haya otro profesional sanitario presente para ofrecer apoyo | 1 2 3 4 5 |
| 23. Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico | 1 2 3 4 5 |
| 24. Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico..... | 1 2 3 4 5 |
| 25. Que el médico me oriente a cómo hablar con los demás sobre mi cáncer..... | 1 2 3 4 5 |
| 26. Ser informado en persona | 1 2 3 4 5 |
| 27. Ser informado en un lugar privado | 1 2 3 4 5 |
| 28. Que el médico prevea el tiempo necesario para comunicar la información | 1 2 3 4 5 |
| 29. Que el médico me preste la atención suficiente | 1 2 3 4 5 |
| 30. Que el médico me mire a los ojos | 1 2 3 4 5 |
| 31. Que espere a tener todos los resultados consigo antes de dar la información.... | 1 2 3 4 5 |
| 32. Que el médico dé la información sin rodeos..... | 1 2 3 4 5 |

CUESTIONARIO PARA EVALUAR APERTURA Y COMUNICACION SOBRE EL CANCER EN LA FAMILIA
NUCLEAR

1.- Yo hablo lo menos posible acerca de mi enfermedad por que yo no quiero hacer que mi familia se sienta incomoda

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

2.- A mi cónyuge no le gusta que le hable acerca de mi enfermedad

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

3.- A mis hijos no les gusta que les hable acerca de mi enfermedad

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

4.- Yo hablo acerca de mi enfermedad y los demas lo pasan por alto

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

5.- Mi familia siempre quiere escuchar que lo estoy haciendo bien

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

6.- Hablar acerca de mis emociones reales, de mi enfermedad afecta a mi familia

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

7.- Mi pareja no sabe que decir cuando yo estoy diciendo que me siento mal

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

8.- Mis hijos no saben que decir cuando yo estoy diciendo que me siento mal

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo

9.- Yo puedo conversar en su mayor parte en mi familia acerca de mi enfermedad y mis

Problemas

- a.- Totalmente de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- Desacuerdo
- d.- Totalmente en desacuerdo
