



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CANCER DE
MAMA”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A
DRA. WENDY VELÁZQUEZ FLORES**

**ASESOR CLINICO
DRA. GUADALUPE ALMA RUTH DAMKEN ROBLES**

**ASESOR EXPERIMENTAL
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA/MEDICINA FAMILIAR No. 8
“GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON CANCER DE
MAMA ”**

RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Dra. Wendy Velázquez Flores. Dra. Alma Guadalupe Ruth Damken Robles. Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 08 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Avenida Rio Magdalena Col. Tizapan San Ángel. México, D. F.

OBJETIVO:

Analizar la funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer de mama.

MATERIALY METODOS:

Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: diagnóstico de cáncer de mama, tratamiento quirúrgico. Criterios de exclusión: no contesten cuestionario o incompleto, no firmen el consentimiento informado. Tamaño de la muestra: 98 pacientes con intervalo de confianza de 90%, proporción 0.10, amplitud total del intervalo de confianza 0.10. Variables: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tratamiento quirúrgico. Se utilizo el instrumento de Apgar y ficha de identificación para obtener datos de investigación

RESULTADOS

Se estudió 98 pacientes con cáncer de mama. Se observó la media de edad 57.22 años, valor mínimo de 35 años y valor máximo de 89 años. Se evaluó la funcionalidad familiar, obteniéndose frecuencia 83 (84.7%) normofuncional, 10 (10.2%) con moderada disfunción y 5 (5.1%) altamente disfuncional. Se analizo la funcionalidad familiar y tratamiento quirúrgico con mastectomía 41 (41.8%) normofuncional y cuadrantectomia 42 (42.9%) son normofuncionales. Así como se observo casadas 52 (53.1%) son normofuncionales, primaria 19 (19.4%) y secundaria 22 (22.4%) son normofuncionales.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra que en las pacientes con cáncer de mama y tratamiento quirúrgico, menor grado de escolaridad y casadas existe una alta frecuencia de normofuncionalidad familiar y que esta se mantiene a pesar de que hay un tratamiento coadyuvante. Por lo anterior las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tienen una adecuada aceptación y adaptación de la enfermedad y su tratamiento, con adecuada funcionalidad familiar.

PALABRAS CLAVE:

Funcionalidad familiar, cáncer de mama.

**DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION MÉDICA**

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Médico Familiar
Jefe de Enseñanza e Investigación del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dra. Alma Guadalupe Ruth Damken Robles
Especialista en Medicina Familiar
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 140
Asesor clínico de tesis

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico de tesis

AGRADECIMIENTOS

A MI MAMA

A MI PAPA

A MIS HERMANOS

A MIS SOBRINOS

A MIS AMIGOS

A MIS MAESTROS

< INDICE**Páginas**

Marco Teórico	1-10
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivos	13
Hipótesis	14
Material y métodos	15
Diseño del estudio	16-17
Población lugar y tiempo	18
Muestra	19
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	20
Variables	21-23
Diseño estadístico	24
Instrumento de recolección	25
Método de recolección	26
Maniobras para controlar sesgos	27
Cronograma	28-29
Recursos materiales y humanos	30
Consideraciones éticas aplicables al estudio	31
Resultados	32-49
Conclusiones	50-51
Discusiones	52
Bibliografía	53-54
Anexos	55-57

MARCO TEORICO

CANCER DE MAMA

El cáncer de mama es la proliferación de células en el tejido mamario. Existen dos tipos principales de cáncer de mama: ductal y lobulillar. (1)

Los cánceres de mama son sensibles a estrógenos, se denomina cáncer positivo para receptores de estrógenos o cáncer positivo para RE. Algunas mujeres tienen cáncer de mama positivo para HER2 el cual se refiere a un gen que ayuda a que las células crezcan, se dividan y se reparen ellas mismas. Cuando las células tienen demasiadas copias de este gen, se multiplican más rápidamente. Es una enfermedad más agresiva y existe un riesgo mayor de recurrencia que aquellas que no tienen este tipo de cáncer. (2)

Incidencia

La incidencia varía de región a región: más alta en Estados Unidos, Cánada y Australia, con una tasa de incidencia estandarizada por edad mayor de 90 por cada 100 mil en comparación con 48 por cada 100 mil en América del Sur y Europa, y menos de 20 por cada 100 mil en Asia del este. De los 10 millones de muertes anuales en el mundo por cáncer, 10 % corresponde al de mama por lo que es motivo principal de fallecimiento en las mujeres. (3)

En México, durante las últimas décadas la morbilidad por cáncer de mama se ha incrementado notablemente ocupa el segundo lugar (17%) después del cáncer cervicouterino (36%). La tasa de mortalidad por cáncer de mama ha mostrado aumento constante: de 6.4 por mil mujeres de 15 años y más para 1979; 13.16 por 100 mil mujeres de 25 años y más para 1990; y 17.7 por 100 mil para el año 2002. (4)

Los factores de riesgo:

Edad y género: el riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que la persona envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de desarrollar cáncer de mama que los hombres. (5)

Antecedentes familiares de cáncer de mama: Alrededor del 20 al 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de esta enfermedad. Consumo de alcohol: el consumo de más de 1 ó 2 tragos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama. Parto: las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron sólo después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer. (5)

Genes. Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que protegen a la persona del cáncer. Pero, si el padre le transmite al hijo un gen defectuoso, la persona tiene un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida. Otros defectos genéticos han sido asociados al cáncer de mama, incluyendo aquellos que se encuentran en el gen ATM, el gen CHEK-2 y el gen inhibidor de tumores p53, pero éstos son poco comunes. (6)

Ciclo menstrual: las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia después de los 55 tienen un riesgo mayor de cáncer de mama. Terapia de reemplazo hormonal: una persona tiene mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido terapia de reemplazo hormonal durante algunos años o más. Obesidad: la obesidad ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo es controversial. La teoría es que las mujeres obesas producen más estrógeno, el cual puede estimular el desarrollo de este cáncer. Radiación: si una persona recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratarle un cáncer del área del tórax, tiene un riesgo significativamente mayor de desarrollar cáncer de mama. Entre más joven se haya iniciado la radiación, mayor es el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró cuando a la mujer se le estaban desarrollando las mamas. (7)

Síntomas

El cáncer de mama generalmente no causa síntomas; por lo cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir: Tumores mamarios o tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen. Cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón. Secreción de líquido proveniente del pezón. Los hombres los síntomas abarcan tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas. Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar: Dolor óseo, dolor o molestia en las mamas, úlceras cutáneas, pérdida de peso. (8)

Signos y exámenes

Un examen físico, el cual incluye ambas mamas, las axilas y el área del cuello y el tórax. Los exámenes adicionales pueden abarcar: Mamografía para identificar la tumoración o protuberancia mamaria. IRM de las mamas identifica mejor la tumoración mamaria. Ecografía de las mamas para mostrar si la tumoración es sólida o llena de líquido. Biopsia de mama, biopsia aspirativa o extirpación de la tumoración mamaria para extraer todo o parte de la tumoración mamaria para un análisis más detallado. (8,9)

Las etapas del cáncer de mama van de 0 a IV. En general, el cáncer de mama que permanece donde se inició se denomina in situ o cáncer de mama no invasivo. Si se disemina, se llama cáncer de mama invasivo. Cuanto más alto sea el número, más avanzado estará el cáncer. (10,11)

Tratamiento

El tratamiento se basa en muchos factores, incluyendo el tipo y etapa del cáncer, si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas y si el cáncer produce en exceso o no un gen llamado HER2/neu. En general, los tratamientos para el cáncer pueden abarcar: quimioterapia, radioterapia, cirugía: una tumorectomía para extirpar la tumoración mamaria; una mastectomía para extirpar todo o parte de la mama y posiblemente las estructuras aledañas. Otros tratamientos: terapia hormonal para bloquear ciertas hormonas que estimulan el crecimiento

del cáncer. Terapia dirigida para interferir con la función y proliferación de células cancerosas. Los tratamientos para el cáncer pueden ser locales o sistémicos: Los tratamientos locales involucran sólo el área de la enfermedad. La radiación y la cirugía son formas de este tipo de tratamiento. (11)

Los tratamientos sistémicos afectan a todo el cuerpo, siendo la quimioterapia uno de sus ejemplos. La mayoría de las mujeres recibe una combinación de tratamientos. Para las mujeres con cáncer de mama en etapas I, II o III, el objetivo principal es tratar el cáncer e impedir que regrese. Para las mujeres con cáncer en etapa IV, el objetivo es mejorar los síntomas y ayudar a que las personas vivan por más tiempo. (12)

En la mayoría de los casos, el cáncer de mama en etapa IV no se puede curar. Etapa 0: el tratamiento estándar es la tumorectomía más radiación o la mastectomía. Etapa I y II: el tratamiento estándar es la tumorectomía más radiación o la mastectomía con algún tipo de extirpación de ganglios linfáticos. Igualmente, se pueden recomendar la terapia hormonal, la quimioterapia y la terapia biológica después de la cirugía. Etapa III: el tratamiento involucra cirugía seguida de quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica. Etapa IV: el tratamiento involucra cirugía, radiación, quimioterapia, terapia hormonal o una combinación de tales tratamientos. (12)

Pronostico.

La tasa de supervivencia a 5 años se refiere al número de pacientes que viven al menos 5 años después de encontrarles el cáncer. De acuerdo con la Sociedad Estadounidense contra el Cáncer (American Cancer Society, ACS), las tasas de supervivencia a 5 años para personas con cáncer de mama que recibe el tratamiento apropiado son: (13)

- 100% para la etapa 0
- 100% para la etapa I
- 92% para la etapa IIA
- 81% para la etapa IIB
- 67% para la etapa IIIA

- 54% para la etapa IIIB
- 20% para la etapa IV

Complicaciones

Los tratamientos nuevos y mejorados están ayudando a que personas con cáncer de mama vivan por más tiempo como nunca antes. Sin embargo, incluso con tratamiento, el cáncer de mama se puede diseminar a otras partes del cuerpo. Algunas veces, el cáncer regresa incluso después de que todo el tumor ha sido extirpado y de que los ganglios linfáticos circundantes se declaran libres de cáncer. ⁽¹⁴⁾

Prevención

Muchos factores de riesgo, como los genes y los antecedentes familiares no se pueden controlar. Sin embargo, una dieta saludable y unos cuantos cambios en el estilo de vida pueden reducir la posibilidad total de cáncer en general. Autoexámenes de mama, evaluación con mamografía. Se recomienda que las mujeres de 20 años o más se examinen las mamas una vez al mes, durante la semana siguiente al período menstrual. ⁽¹⁴⁾

Las mujeres entre los 20 y 39 años de edad deben hacerse examinar las mamas por parte de un médico, al menos una vez cada tres años. A partir de los 40 años de edad, las mujeres deben hacerse un examen clínico de las mamas cada año. La mamografía es la forma más efectiva de detectar precozmente el cáncer de mama. La Asociación Estadounidense contra el Cáncer (American Cancer Association) recomienda la realización de mamografías cada año para todas las mujeres de 40 años o más. El Instituto Nacional de Cancerología (National Cancer Institute) recomienda la mamografía cada 1 ó 2 años para mujeres de 40 años o más. ⁽¹⁵⁾

En caso de alto riesgo, los expertos dicen que deben comenzar a hacerse las mamografías a los 30 años. Ciertas mujeres en alto riesgo de cáncer de mama también deben practicarse una IRM de las mamas junto con su mamografía

anual, por lo que se le debe preguntar al médico si dicha IRM es necesaria en cada caso particular. Para aquellas mujeres en alto riesgo, incluyendo aquellas que tienen o han tenido un familiar cercano con la enfermedad, las mamografías anuales deben comenzar a realizarse 10 años antes de la edad que tenía el pariente afectado al momento de su diagnóstico. (16)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. (17)

Concepto de Familia según Patricia Ares (2004) es “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.” (17)

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos-culturales e, igualmente, juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En referencia al papel de esta institución en la sociedad se ha planteado que: la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales.” Como bien se ha reconocido, la familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad; es el escenario privilegiado en donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo. La familia constituye un espacio de vivencias de primer orden. En ella el sujeto tiene sus primeras

experiencias y adquiere sus valores y su concepción del mundo. La familia es para el individuo el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad, o bien, por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales. ⁽¹⁸⁾

Funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual. ⁽¹⁹⁾

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se desenvuelve. Sin embargo, algunos autores hablan de una cierta estabilidad en el denominado ciclo vital de la familia, que marca su rumbo evolutivo. Con algunas pequeñas variaciones en general se han planteado las siguientes etapas del ciclo vital familiar: 1. Formación o constitución. 2. Expansión o extensión (nacimiento de los hijos, distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente, etc.). 3. Contracción (los hijos constituyen su propia familia, etapa del nido vacío, etc.). 4. Disolución (muerte de uno de los cónyuges). ⁽¹⁹⁾

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento,

estilos de funcionamiento familiar, etc., y puede provocar o no estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros. Un funcionamiento familiar implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto. Indicadores de dinámica y funcionamiento familiar saludable Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar los siguientes: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. (20)

La adaptabilidad familiar se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática. (21)

La cohesión es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia se establecen entre sí. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto. (21)

La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia, expresa el grado o la medida en que

sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales. (22)

En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad. En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar. (22)

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

La familia se describe como un sistema abierto, en donde las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones estables y pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que se generan en los diferentes momentos de la vida del individuo y de la familia, propiciados por situaciones internas del propio grupo familiar o bien por la influencia del ambiente social. (18,22)

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algunos de los miembros de la familia representa un cambio radical en su funcionamiento, incluso en su composición, que pudiera considerarse como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta irremediablemente en cada uno de sus miembros, así como hacia el exterior. Cuando una persona es diagnosticada de cáncer, tanto el propio paciente como cada uno de los miembros de la familia pueden reaccionar de forma diferente. El diagnóstico, la aceptación de éste, el tratamiento y los efectos secundarios son posibles causas de una nueva adaptación tanto para el paciente como para la familia. (23)

A partir del momento en que se conoce el diagnóstico se producen cambios en la vida del paciente y su familia que dependen de las situaciones individuales.

El diagnóstico que recibe el paciente, y consecuentemente la familia, ponen un interrogante sobre la continuidad de las rutinas y hábitos diarios durante algún tiempo. Esto puede conllevar desde una mayor dependencia a la hora de tomar decisiones cotidianas, hasta un distanciamiento en las relaciones sociales. Para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismo de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera aceptable, de suerte que en el caso de una enfermedad aguda grave o crónica se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, y ponen en riesgo el bienestar y atención del paciente enfermo, así como la adecuada funcionalidad del sistema familiar. (23)

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen algún patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, como la etapa del ciclo evolutivo en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el grado de rigidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo específico así como la historia familiar. El cáncer de mama genera sentimientos de miedo, tristeza y negación en la mujer y en los familiares. El cáncer de mama y la consiguiente mastectomía ocasionan impacto en la familia, extendiéndose a los amigos. (24, 25)

La relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial a la enfermedad, en pacientes con cáncer de mama no experimentaron cambios importantes en el ajuste psicosocial (cuidado de la salud, ambiente laboral o vocacional, ambiente doméstico, ambiente social, relaciones familiares extendidas y aflicción psicológica), sin embargo, experimentaron cambios moderados en las actividades de la conducta sexual. (25)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar.

En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros.

La funcionalidad familiar va a influir en las pacientes con cáncer de mama para que se tenga una mejor adaptación de la enfermedad, con un manejo integral, y que se lleve a cabo una interrelación de lo médico con lo psicológico y social para el beneficio de las pacientes.

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama?

JUSTIFICACIÓN

Considero importante este estudio ya que se determinara si las mujeres que padecen cáncer de mama al pertenecer a una familia funcional tienen un efecto benéfico que favorece una mejor adaptación psicológica, social, por lo que se dará una respuesta más adecuada.

Por lo que se requiere un abordaje integral que interrelacione lo médico, con lo psicológico y social, ya que a las enfermedades crónicas se les maneja lo medico, dejando la parte psicológica y social, lo que es insuficiente para los pacientes, ya que esto es importante para que exista una mejor adaptación a la enfermedad, y ésta en apoyo de su familia y de la misma sociedad.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar, sobre todo en las pacientes con cáncer de mama.

El cáncer de mama es una enfermedad que ocupa un lugar importante en nuestro país por lo que si la paciente con esta enfermedad se le da el apoyo de la familia y esta se basa en la funcionalidad de la misma le apoyara en todo con una mejor adaptación a la enfermedad.

Se cuenta con los recursos ya que existe un número importante de pacientes con esta enfermedad, se evaluara la funcionalidad familiar para el apoyo de las mismas.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer de mama.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar si la funcionalidad familiar tiene una influencia importante en las pacientes con cáncer de mama.

Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

H1: Los pacientes portadores de cáncer de mama del HGZ/UMF No 08 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” tienen una adecuada funcionalidad familiar.

HIPOTESIS NULA

H2: Los pacientes portadores de cáncer de mama del HGZ/UMF No 08 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no tienen una adecuada funcionalidad familiar

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo: la información se recogerá después de la planeación de la investigación.

Transversal: Se utiliza una sola medición.

Descriptivo: Se cuenta con una sola población para describir el fenómeno a investigar.

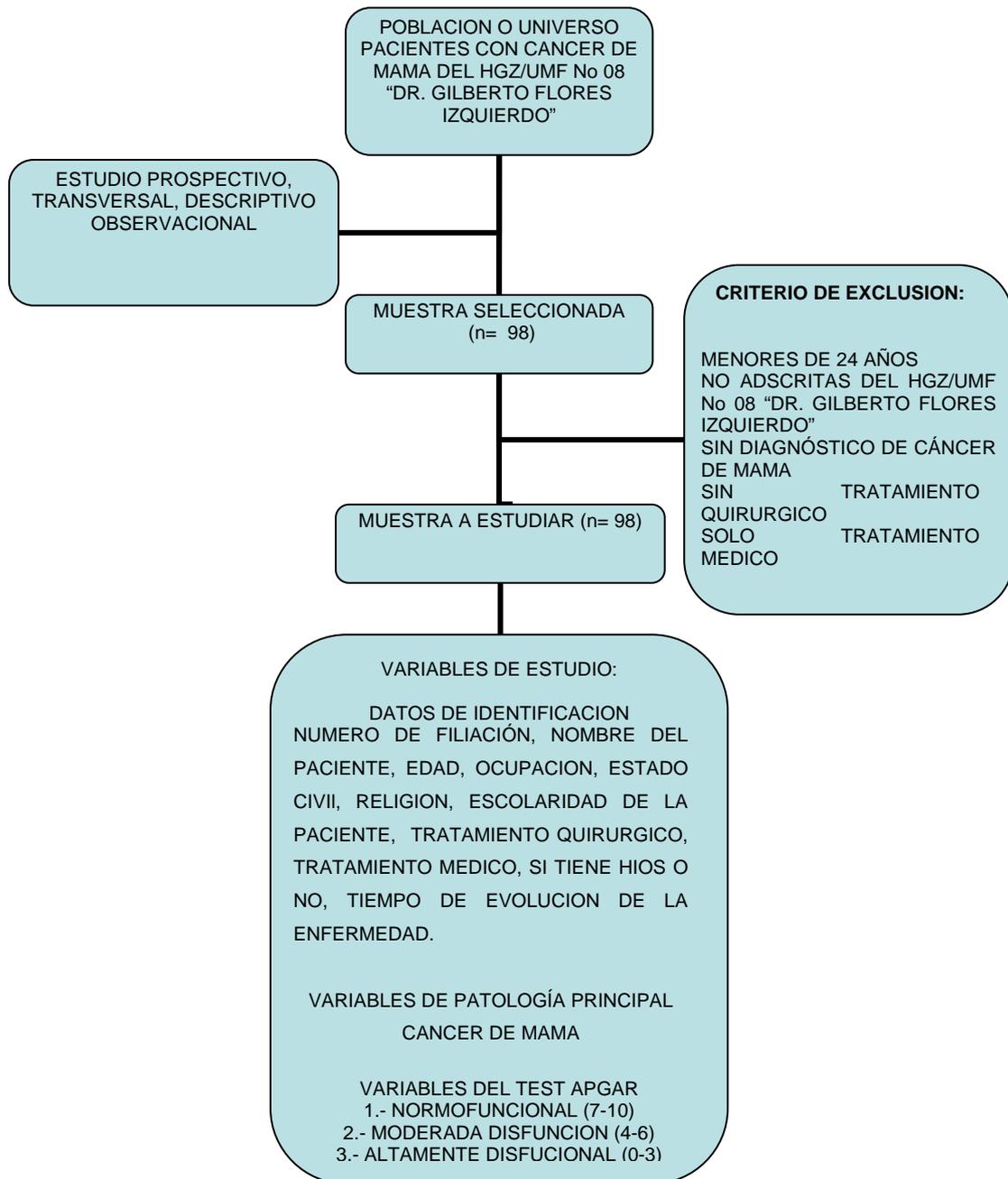
Observacional: La investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se incluirán a pacientes que asistieron al servicio de consulta externa de oncología de mama del HGZ/UMF No 08 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante los meses enero, febrero 2010 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Previo conocimiento informado, se aplicaran los cuestionarios por medio del médico residente.

Se obtendrán cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes adscritos a este servicio para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.



ELABORO: WENDY VELÁZQUEZ FLORES .

POBLACION Ó UNIVERSO DE TRABAJO

Se realizara el estudio en pacientes de 24 a 55 años de edad que acudan a la consulta externa de oncología de mama con diagnostico de cáncer de mama. Que cumplan los criterios de inclusión, aplicándose el cuestionario para medir funcionalidad familiar en un periodo comprendido de Enero Febrero 2010 HGZ/UMF No 08 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en el Distrito Federal, México. Es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizará en el HGZ/UMF No.08 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. En la Colonia Tizapan San Angel que se localiza en el Distrito Federal de México. Se realizará en Enero del 2010

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requerirá 98 pacientes, con un intervalo de confianza de 90 %, con una proporción del 0.10, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSION

Sexo femenino

Mayores de 24 años de edad

Diagnóstico de cáncer de mama

Pacientes con tratamiento quirúrgico (mastectomía/cuadrantectomía)

Adscritas al HGZ/UMF No 08 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Menores de 24 años

No adscritas al HGZ/UMF No "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Sin diagnóstico de cáncer de mama

Sin tratamiento quirúrgico

Solo con tratamiento médico (quimioterapia y/o radioterapia)

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no completen el cuestionario.

No acepten el consentimiento informado

Pacientes fallecidas

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACION:

- 1.- Nombre del paciente
- 2.- Edad
- 3.- Estado civil
- 4.- Escolaridad
- 5.- Ocupación
- 6.- Número de hijos
- 7.- Tratamiento quirúrgico
- 8.- Tiempo de evolución de la enfermedad
- 9.- Religión.

ESPECIFICACION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Funcionalidad familiar- test de Apgar

VARIABLE INDEPENDIENTE

Cáncer de mama

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Funcionalidad familiar

Definición conceptual: es el cumplimiento de las funciones de la familia, afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus socioeconómico.

Definición operacional: Se medirá esta variable por medio de los puntajes del paciente obtenidos en el cuestionario de Apgar.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Cáncer de mama: proliferación de células de la glándula mamaria.

Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento

Estado civil: situación de la persona determinada por sus relaciones.

Mastectomía: extirpación de todo o parte de la mama y posiblemente las estructuras adyacentes.

Escolaridad: Grado de estudio cursado en años.

Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa

ESPECIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

Funcionalidad familiar: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

Variable independiente

Cáncer de mama: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NUMERO DE FOLIO	CUALITATIVA	CUANTITATIVA	NUMERO CONSECUTIVO
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
TRATAMIENTO QUIRURGICO	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MASTECTOMIA 2. CUADRANTECTOMIA
TRATAMIENTO MEDICO	CUALITATIVA	NOMINAL	1. QUIMIOTERAPIA 2. RADIOTERAPIA 3. NINGUNA
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1. EMPLEADO 2. DESEMPLEADO
HIJOS	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI TIENE 2. NO TIENE
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SOLTERA 2. CASADA 3. DIVORCIADA 4. VIUDA 5. UNION LIBRE
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. TECNICO/COMERCIO 4. BACHILLERATO 5. LICENCIATURA 6. MAESTRIA

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
ENFERMEDAD**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
APGAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1. NORMOFUNCIONAL PUNTUACION (7-10) 2.- MODERADA DISFUNCION PUNTUACION (4-6) 3.- ALTAMENTE DISFUNCIONAL PUNTUACION (0-3)

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevara acabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencia y porcentaje. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevalencia. El estudio de variables se aplicar Ji cuadrada para mayor sensibilidad y especificidad de resultados.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizará el instrumento de Apgar familiar, que es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smillkstein en 1978, con el propósito de obtener información en relación a la situación funcional de las familias.

Consta de 5 reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de la familia y en diferentes momentos. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida de familia, y constituye un válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o contribuye a la adaptación de su enfermedad.

Los cinco reactivos:

- Adaptabilidad
- Participación
- Crecimiento
- Afecto
- Resolución

Clasificación del Apgar Familiar

Puntos	Evaluación
0 a 3	Familia altamente disfuncional
4 a 6	Moderada disfunción familiar
7 a 10	Familia funcional

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizara la una entrevista individual a las pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria y en grupos a aquellos pacientes que se solicite su asistencia al hospital, por vía telefónica

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se debe de aplicar el cuestionario de entrevista y Apgar en forma individual o grupal. Se aplicara a adultos de 24-89 años de edad, y quienes puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 10 minutos. Durante la aplicación del cuestionario es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. No debe hacerse mención de funcionalidad familiar. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no este seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser ella quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO

DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No.8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTE CON CANCER DE MAMA

2008

FECHA	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
TITULO				X								
ANTECEDENTES					X							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA						X						
OBJETIVOS						X						
HIPOTESIS							X					
PROPOSITOS							X					
DISEÑO METODOLOGICO								X				
ANALISIS ESTADISTICO									X			
CONSIDERACIO- NES ETICAS										X		
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACION												

2009

FECHA	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS										X	X	X
ALMACENAMIENTO DE DATOS											X	
ANALISIS DE DATOS												X
DESCRIPCION DE DATOS												X
DISCUSIÓN DE DATOS											X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											X	
REPORTE FINAL												X
AUTORIZACIONES												X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Humanos: pacientes, residente de medicina familiar, asesores de tesis, secretaria, asistente médico, enfermera.

Físicos: Computadora, papel, lápiz, hojas de papel, tinta para la impresión, bolígrafos, impresora, artículos, libros, fotocopiado, memoria.

Financieros: es proporcionado por el residente de medicina familiar, Dra. Wendy Velázquez Flores

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación Funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama que se encuentra en anexos.

RESULTADOS

Se estudió 98 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama del sexo femenino.

Se observó la media de edad 57.22 años, valor mínimo de 35 años y valor máximo de 89 años, desviación estándar de 11.604 años.

En estado civil se observó una frecuencia 13 (13.3%) pacientes solteras, casadas 56 (57.1 %) pacientes, divorciadas 7 (7.1%) pacientes, viudas 15 (15.3%) pacientes, unión libre 7 (7.1%) pacientes. (Tabla/gráfica 1)

Se analizó la religión en donde se encontró una frecuencia 92 (93.9%) pacientes católicas, cristianas 5 (5.1%) pacientes, evangelista 1 (1.0%) paciente. (Tabla/gráfica 2)

Se evaluó la escolaridad en donde se encontró una frecuencia de 27 (27.6%) pacientes con escolaridad primaria, secundaria 23 (23.5%) pacientes, técnico/comercio 13 (13.3%) pacientes, bachillerato 14 (14.3%) pacientes, licenciatura 20 (20.4%) pacientes, maestría 1 (1.0%) paciente. (Tabla/gráfica 3)

Se analizó la ocupación encontrándose una frecuencia de 37 (37.8%) pacientes para empleadas, 61 (62.2%) pacientes para desempleadas. (Tabla/gráfica 4)

Se evaluó a la pacientes con hijos con una frecuencia de 88 (89.8%) pacientes, sin hijos 10 (10.2%) pacientes. (Tabla/gráfica 5)

Se analizó el tratamiento quirúrgico se encontró una frecuencia de 50 (51.0%) pacientes con mastectomía y una frecuencia de 48 (49%) pacientes con cuadrantectomía. (Tabla/gráfica 6)

Se observó en tratamiento médico una frecuencia de 28 (28.6%) pacientes con quimioterapia, 7 (7.1%) pacientes radioterapia y ninguno 63 (64.3%) pacientes. (Tabla/gráfica 7)

Se evaluó la funcionalidad familiar en cuanto a su frecuencia obteniéndose 83 (84.7%) pacientes normofuncional, 10 (10.2%) pacientes con moderada disfunción y 5 (5.1%) pacientes altamente disfuncional. (Tabla/gráfica 8)

Se analizó la distribución de funcionalidad familiar y tratamiento quirúrgico de la siguiente manera: mastectomía 41 (41.8%) pacientes normofuncional, 6 (6.1%) pacientes con moderada disfunción y 3 (3.1%) pacientes con una disfunción severa. Por otro lado con cuadrantectomía 42 (42.9%) pacientes son normofuncionales, 4 (4.1%) pacientes con moderada disfunción y altamente disfuncional 2 (2.0%) pacientes. (Tabla/gráfica 9)

Se observó la distribución de funcionalidad familiar y estado civil de la siguiente manera: solteras 8 (8.2%) pacientes son normofuncionales, 4 (4.1%) pacientes con moderada disfunción y 1 (1.0%) paciente es altamente disfuncional, casadas 52 (53.1%) pacientes son normofuncionales, 3 (3.1%) pacientes con moderada disfunción y 1 (1.0%) paciente altamente disfuncional. Por otro lado divorciadas 3 (3.1%) pacientes son normofuncionales, 2 (2.0%) pacientes presentaron moderada disfunción y 2 (2.0%) pacientes altamente disfuncionales, viudas se encontró 13 (13.3%) pacientes normofuncionales, 1 (1.0%) paciente moderada disfunción y 1 (1.0%) paciente es altamente disfuncional, unión libre se observó 7 (7.1%) pacientes normofuncionales. (Tabla/gráfica 10)

Se analizó una distribución de funcionalidad familiar y religión de la siguiente manera: católicas 80 (81.6%) pacientes son normofuncionales, 7 (7.1%) pacientes con moderada disfunción y 5 (5.1%) pacientes son altamente disfuncionales, cristianas 2 (2.0%) pacientes son normofuncionales, 3 (3.1%) pacientes presentaron moderada disfunción, evangelista se observó 1 (1.0%) paciente normofuncional. (Tabla/gráfica 11)

Se evaluó una distribución de funcionalidad familiar y escolaridad de la siguiente manera: primaria 19 (19.4%) pacientes son normofuncionales, 6 (6.1%) pacientes con moderada disfunción y 2 (2.0%) pacientes son altamente disfuncionales, secundaria 22 (22.4%) pacientes son normofuncionales y 1 (1.0%) paciente altamente disfuncional. Por otro lado con escolaridad técnico/comercio 12 (12.2%) pacientes son normofuncionales y 1 (1.0%) paciente altamente disfuncional, bachillerato se encontró 11 (11.2%) pacientes son normofuncionales y 3 (3.1%) pacientes moderada disfunción. Con licenciatura se observó 19 (19.4%) pacientes normofuncionales y 1 (1.0%)

paciente con moderada disfunción. Y con maestría 1 (1%) paciente altamente disfuncional. (Tabla/gráfica 12)

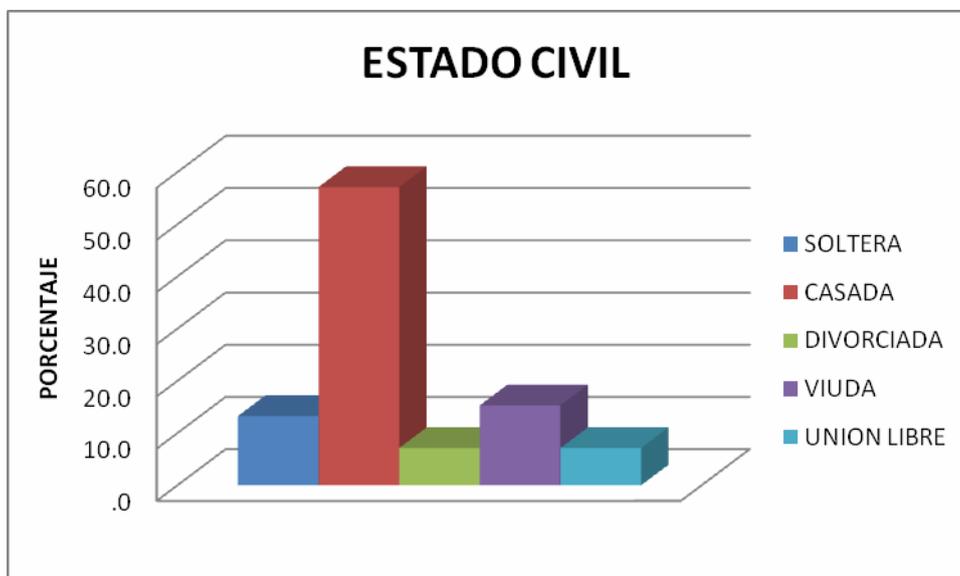
Se analizó una distribución de funcionalidad familiar y ocupación de la siguiente manera: empleadas 30 (30.6 %) pacientes son normofuncionales, con moderada disfunción 5 (5.1%) pacientes y altamente disfuncionales 2 (2.0 %) pacientes. Desempleados 53 (54.1 %) pacientes son normofuncionales, con moderada disfunción 5 (5.1%) pacientes y altamente disfuncionales 3 (3.1%) pacientes (Tabla/gráfica 13)

Se encontró una distribución de funcionalidad familiar y pacientes con o sin hijos de la siguiente manera: con hijos 76 (77.6%) pacientes son normofuncionales, con moderada disfunción 8 (8.2%) pacientes y altamente disfuncionales 4 (4.1%) pacientes. Sin hijos 7 (7.0%) pacientes son normofuncionales, con moderada disfunción 2 (2.0%) pacientes y altamente disfuncionales 1 (1.0 %) paciente. (Tabla/gráfica 14)

Se observó una distribución de funcionalidad familiar y pacientes con tratamiento médico de la siguiente manera: quimioterapia 21 (21.4%) pacientes son normofuncionales, con moderada disfunción 4 (4.1%) pacientes y altamente disfuncionales 3 (3.1%) pacientes. Radioterapia 7 (7.1 %) pacientes son normofuncionales y sin radioterapia ni quimioterapia 55 (56.1%) pacientes son normofuncionales, con moderada disfunción 6 (6.1%) pacientes y altamente disfuncionales 2 (2.0 %) pacientes. (Tabla/gráfica 15)

Tabla/gráfica 1

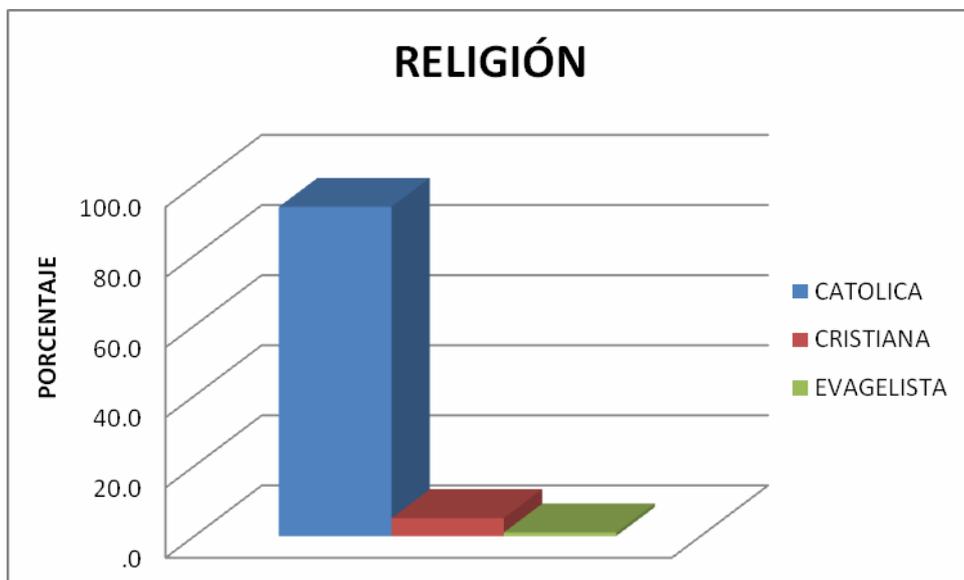
ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SOLTERA	13	13.3
CASADA	56	57.1
DIVORCIADA	7	7.1
VIUDA	15	15.3
UNION LIBRE	7	7.1
TOTAL	98	100



Tabla/gráfica 2

RELIGIÓN

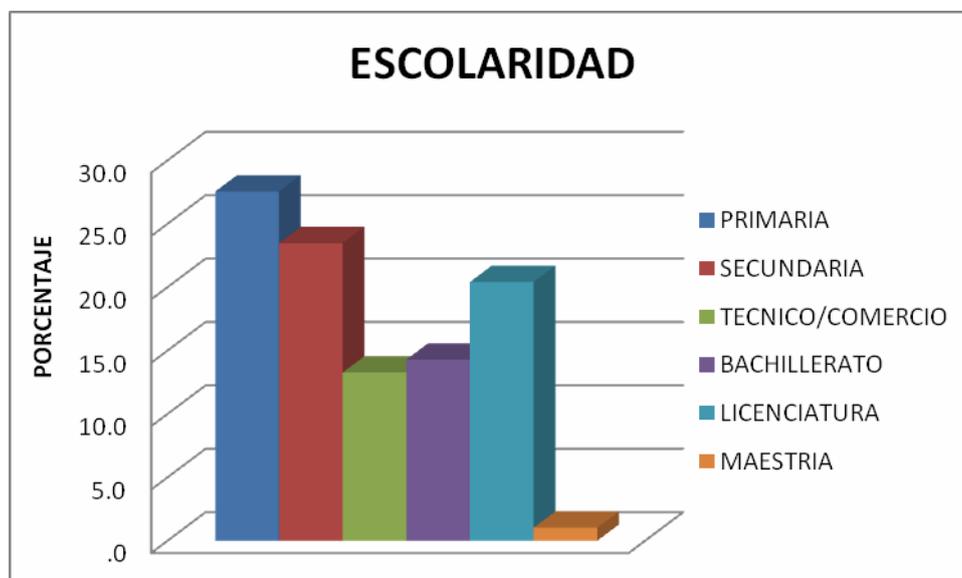
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CATOLICA	92	93.9
CRISTIANA	5	5.1
EVAGELISTA	1	1.0
TOTAL	98	100.0



Tabla/gráfica 3

ESCOLARIDAD

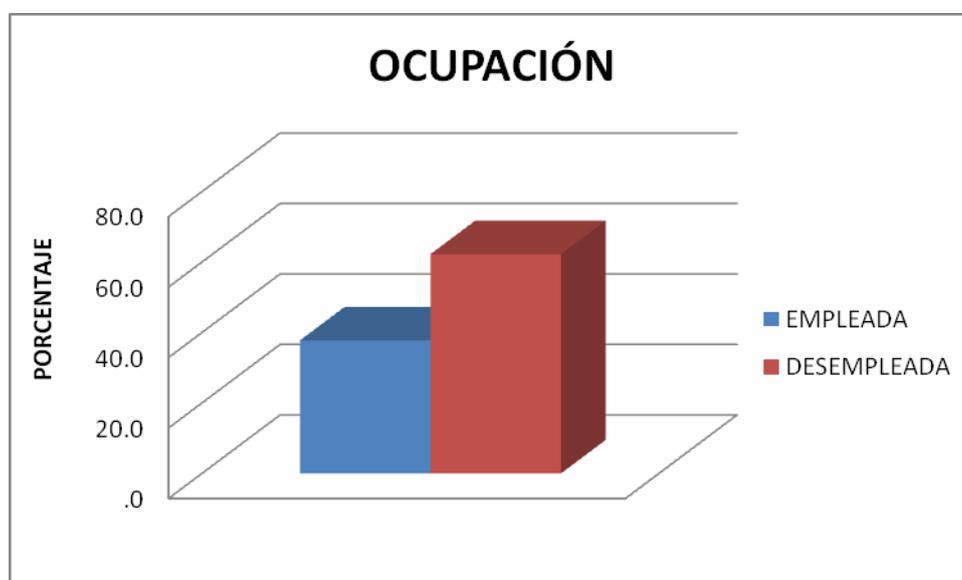
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PRIMARIA	27	27.6
SECUNDARIA	23	23.5
TECNICO/COMERCIO	13	13.3
BACHILLERATO	14	14.3
LICENCIATURA	20	20.4
MAESTRIA	1	1.0
TOTAL	98	100.0



Tabla/gráfica 4

OCUPACIÓN

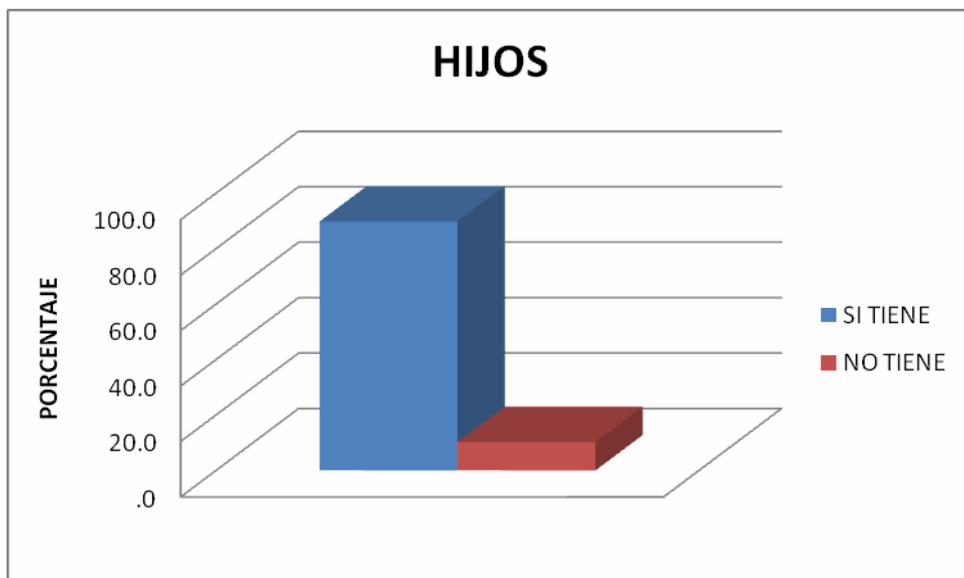
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EMPLEADO	37	37.8
DESEMPLEADO	61	62.2
TOTAL	98	100.0



Tabla/gráfica 5

HIJOS

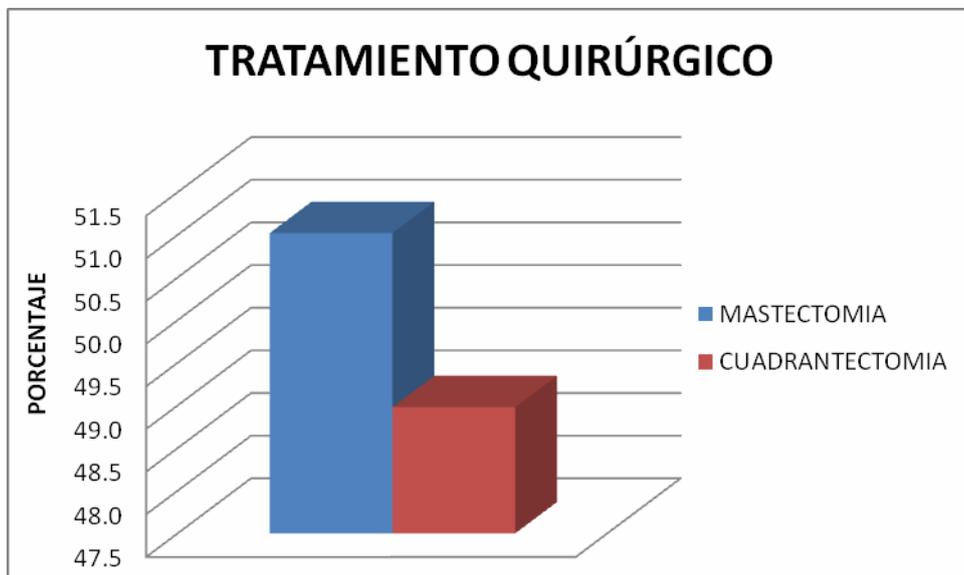
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI TIENE	88	89.8
NO TIENE	10	10.2
TOTAL	98	100.0



Tabla/gráfica 6

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

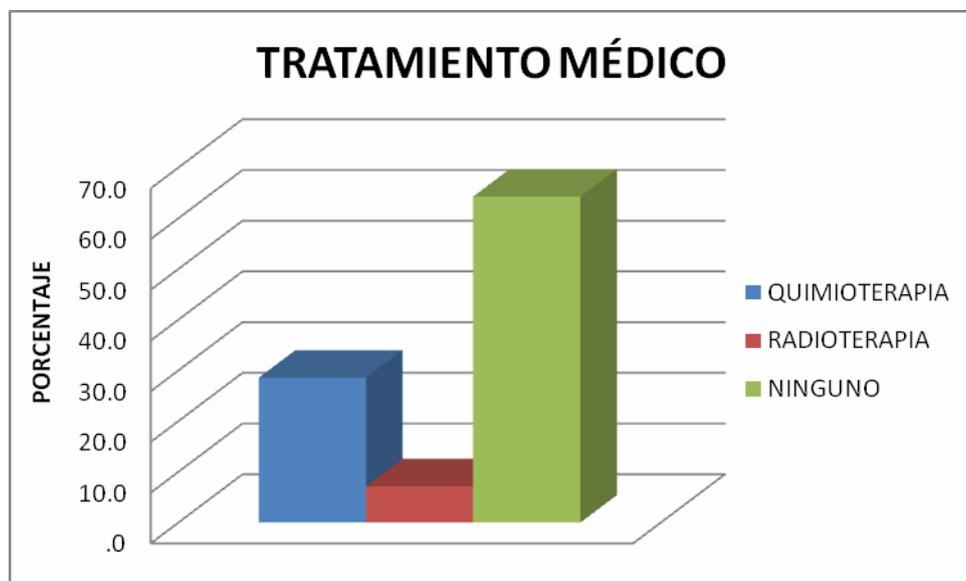
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MASTECTOMIA	50	51.0
CUADRANTECTOMIA	48	49.0
TOTAL	98	100.0



Tabla/gráfica 7

TRATAMIENTO MÉDICO

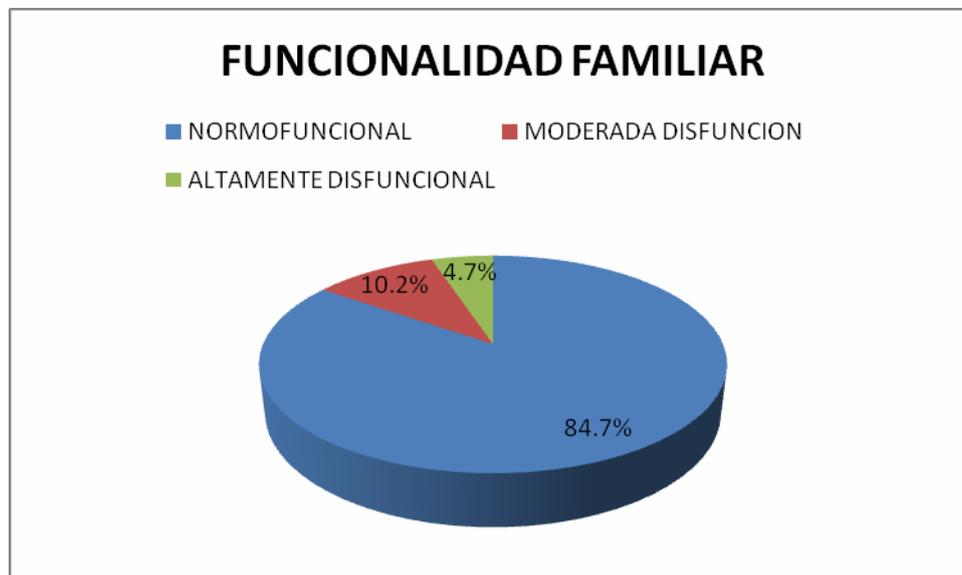
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
QUIMIOTERAPIA	28	28.6
RADIOTERAPIA	7	7.1
NINGUNO	63	64.3
TOTAL	98	100.0



Tabla/gráfica 8

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

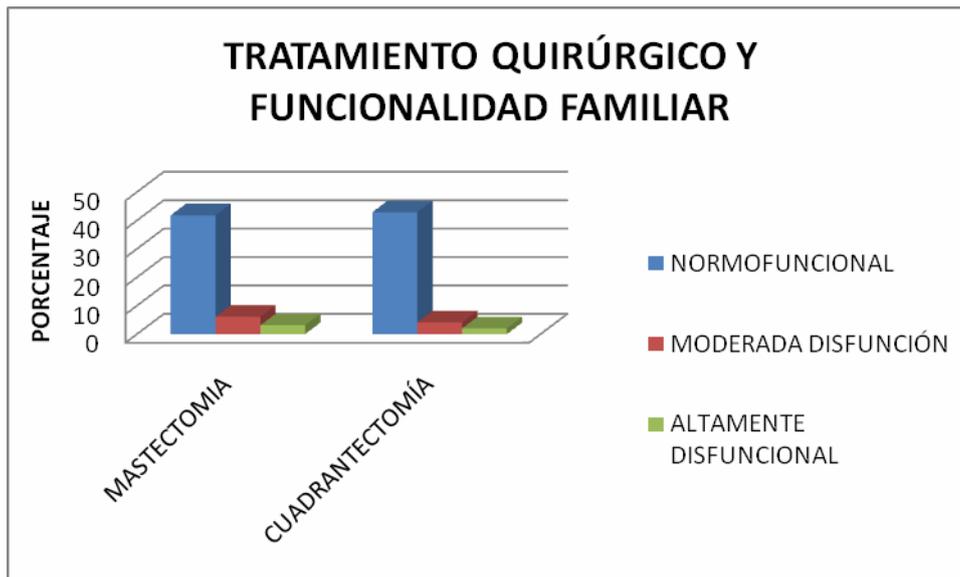
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
NORMOFUNCIONAL	83	84.7
MODERADA DISFUNCION	10	10.2
ALTAMENTE DISFUNCIONAL	5	5.1
TOTAL	98	100.0



Tabla/gráfica 9

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

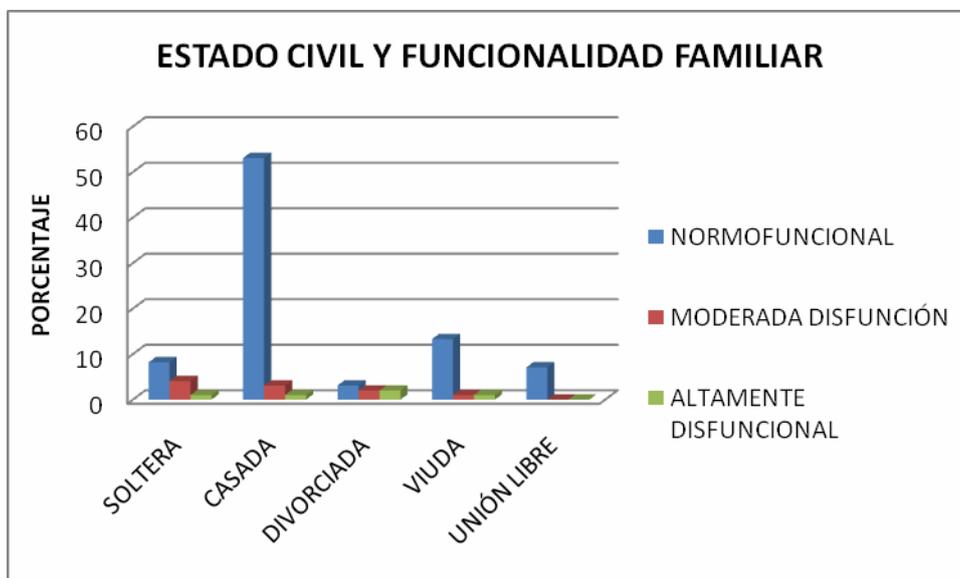
			FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
			NORMOFUNCIONAL	MODERADA DISFUNCION	ALTAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
TRATAMIENTO QUIRURGICO	MASTECTOMÍA	FRECUENCIA	41	6	3	50
		PORCENTAJE	41.8%	6.1%	3.1%	51.0%
	CUADRANTECTOMÍA	FRECUENCIA	42	4	2	48
		PORCENTAJE	42.9%	4.1%	2.0%	49.0%
	TOTAL	FRECUENCIA	83	10	5	98
		PORCENTAJE	84.7%	10.2%	5.1%	100.0%



Tabla/gráfica 10

ESTADO CIVIL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

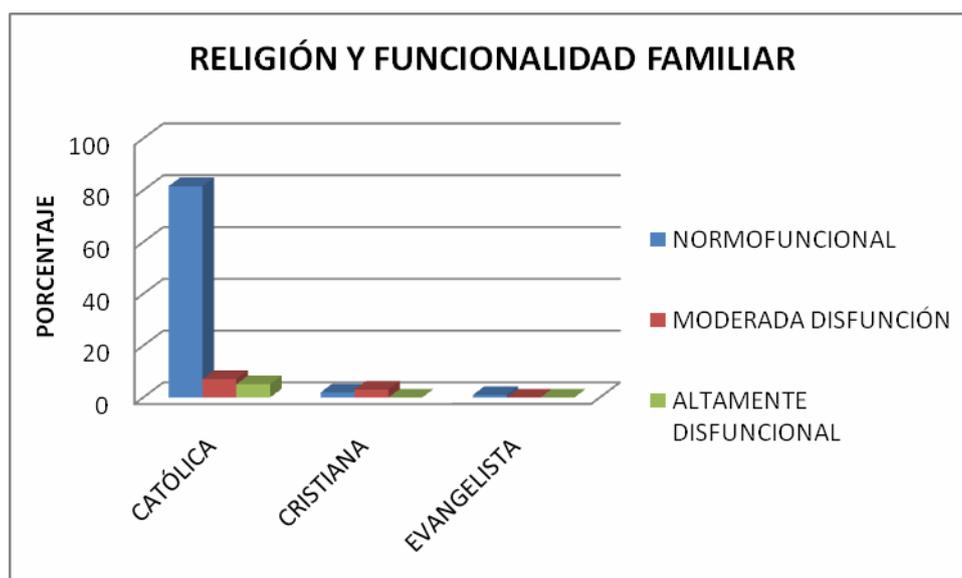
			FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
			NORMOFUNCIONAL	MODERADA DISFUNCION	ALTAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
ESTADO CIVIL	SOLTERA	FRECUENCIA	8	4	1	13
		PORCENTAJE	8.2%	4.1%	1.0%	13.3%
	CASADA	FRECUENCIA	52	3	1	56
		PORCENTAJE	53.1%	3.1%	1.0%	57.1%
	DIVORCIADA	FRECUENCIA	3	2	2	7
		PORCENTAJE	3.1%	2.0%	2.0%	7.1%
	VIUDA	FRECUENCIA	13	1	1	15
		PORCENTAJE	13.3%	1.0%	1.0%	15.3%
	UNION LIBRE	FRECUENCIA	7	0	0	7
		PORCENTAJE	7.1%	.0%	.0%	7.1%
	TOTAL	FRECUENCIA	83	10	5	98
		PORCENTAJE	84.7%	10.2%	5.1%	100.0%



Tabla/gráfica 11

RELIGIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

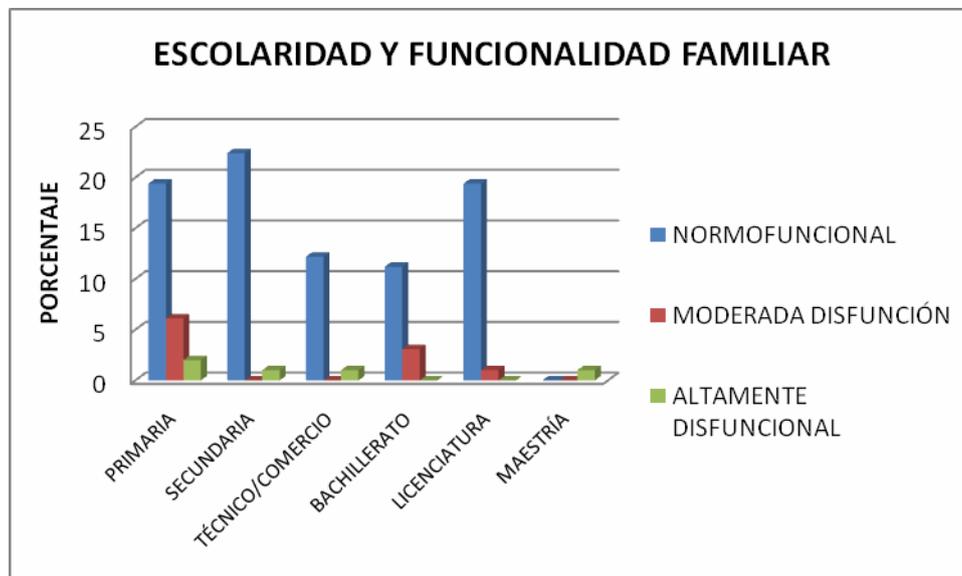
			FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
			NORMOFUNCIONAL	MODERADA DISFUNCION	ALTAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
RELIGIÓN	CATÓLICA	FRECUENCIA	80	7	5	92
		PORCENTAJE	81.6%	7.1%	5.1%	93.9%
	CRISTIANA	FRECUENCIA	2	3	0	5
		PORCENTAJE	2.0%	3.1%	.0%	5.1%
	EVANGELISTA	FRECUENCIA	1	0	0	1
		PORCENTAJE	1.0%	.0%	.0%	1.0%
	TOTAL	FRECUENCIA	83	10	5	98
		PORCENTAJE	84.7%	10.2%	5.1%	100.0%



Tabla/gráfica 12

ESCOLARIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

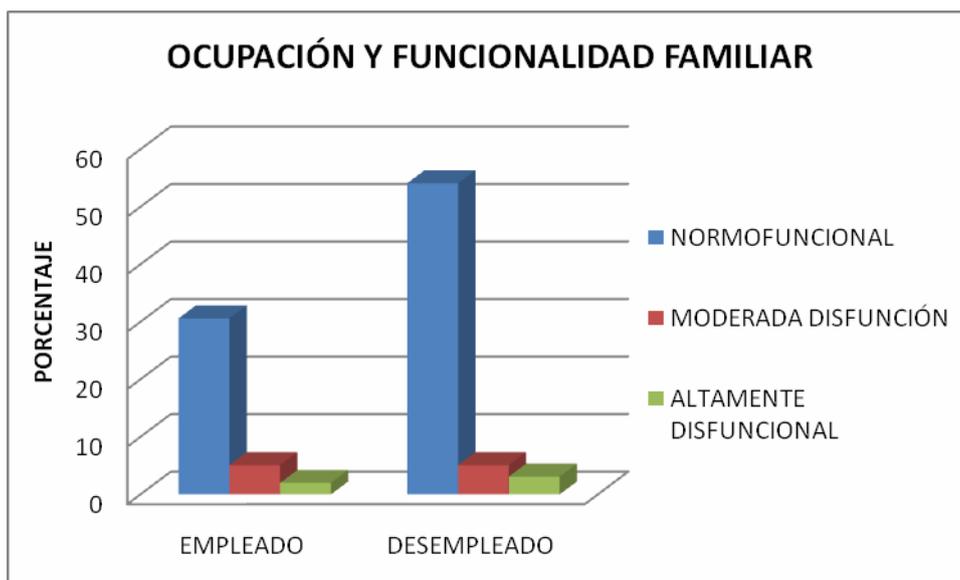
			FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
			NORMOFUNCIONAL	MODERADA DISFUNCION	ALTAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	FRECUENCIA	19	6	2	27
		PORCENTAJE	19.4%	6.1%	2.0%	27.6%
	SECUNDARIA	FRECUENCIA	22	0	1	23
		PORCENTAJE	22.4%	.0%	1.0%	23.5%
	TÉCNICO/COMERCIO	FRECUENCIA	12	0	1	13
		PORCENTAJE	12.2%	.0%	1.0%	13.3%
	BACHILLERATO	FRECUENCIA	11	3	0	14
		PORCENTAJE	11.2%	3.1%	.0%	14.3%
	LICENCIATURA	FRECUENCIA	19	1	0	20
		PORCENTAJE	19.4%	1.0%	.0%	20.4%
	MAESTRÍA	FRECUENCIA	0	0	1	1
		PORCENTAJE	.0%	.0%	1.0%	1.0%
	TOTAL	FRECUENCIA	83	10	5	98
		PORCENTAJE	84.7%	10.2%	5.1%	100.0%



Tabla/gráfica 13

OCUPACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

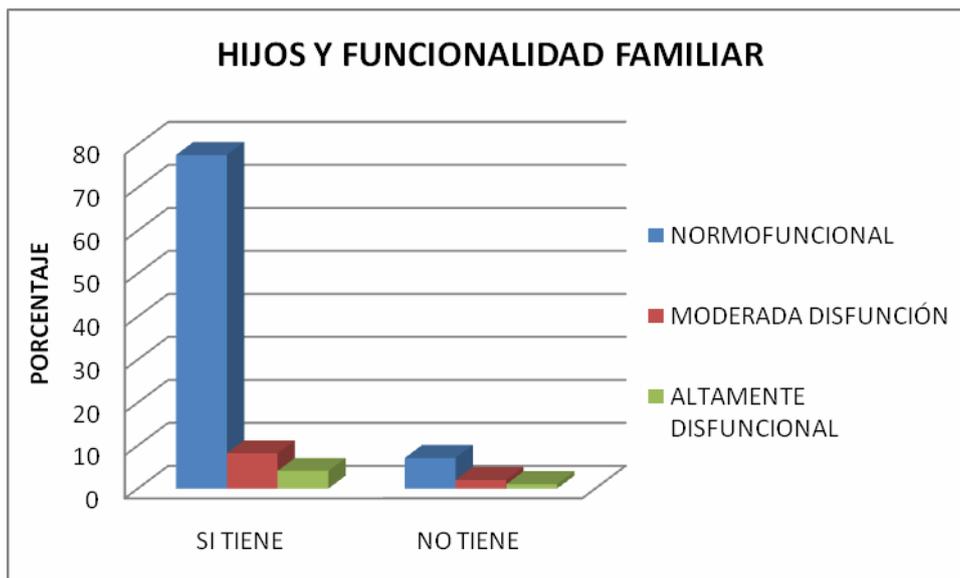
			FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
			NORMOFUNCIONAL	MODERADA DISFUNCION	ALTAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
OCUPACIÓN	EMPLEADA	FRECUENCIA	30	5	2	37
		PORCENTAJE	30.6%	5.1%	2.0%	37.8%
	DESEMPLEADA	FRECUENCIA	53	5	3	61
		PORCENTAJE	54.1%	5.1%	3.1%	62.2%
	TOTAL	FRECUENCIA	83	10	5	98
		PORCENTAJE	84.7%	10.2%	5.1%	100.0%



Tabla/gráfica 14

HIJOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

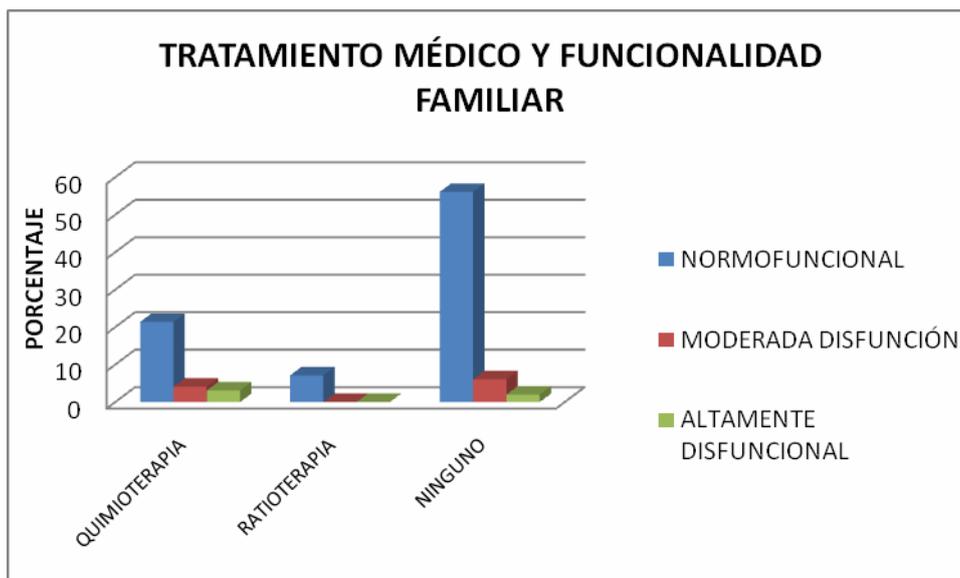
			FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
			NORMOFUNCIONAL	MODERADA DISFUNCION	ALTAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
HIJOS	SI TIENE	FRECUENCIA	76	8	4	88
		PORCENTAJE	77.6%	8.2%	4.1%	89.8%
	NO TIENE	FRECUENCIA	7	2	1	10
		PORCENTAJE	7.1%	2.0%	1.0%	10.2%
	TOTAL	FRECUENCIA	83	10	5	98
		PORCENTAJE	84.7%	10.2%	5.1%	100.0%



Tabla/gráfica 15

TRATAMIENTO MÉDICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
			NORMOFUNCIONAL	MODERADA DISFUNCION	ALTAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
TRATAMIENTO MÉDICO	QUIMIOTERAPIA	FRECUENCIA	21	4	3	28
		PORCENTAJE	21.4%	4.1%	3.1%	28.6%
	RADIOTERAPIA	FRECUENCIA	7	0	0	7
		PORCENTAJE	7.1%	.0%	.0%	7.1%
	NINGUNO	FRECUENCIA	55	6	2	63
		PORCENTAJE	56.1%	6.1%	2.0%	64.3%
	TOTAL	FRECUENCIA	83	10	5	98
		PORCENTAJE	84.7%	10.2%	5.1%	100.0%



CONCLUSIONES

Después de aplicarles a 98 (100%) pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que conforman nuestra muestra, el cuestionario Apgar, existe una alta frecuencia de normofuncionalidad familiar 84.7%.

Con respecto a la relación a la funcionalidad familiar y mastectomía con una frecuencia 51% de las cuales 42 (42.2%) pacientes son normofuncionales, 6 (6.1%) pacientes moderada disfunción y 2 (2.0%) pacientes altamente disfuncionales y con cuadrantectomía con una frecuencia de 49% de los cuales 42 (42.2%) pacientes son normofuncionales, 4 (4.1%) pacientes con moderada disfunción y 2 (2.0%) pacientes son altamente disfuncionales es importante mencionar que existe una adecuada adaptación al diagnóstico y tratamiento tanto de la paciente como de la familia.

En cuanto a la ocupación las pacientes empleadas tiene una frecuencia de 37.8% de las cuales 30 (30.6%) pacientes son normofuncionales, 5 (5.1%) pacientes moderada disfunción y 2 (2%) pacientes altamente disfuncional, y pacientes desempleadas con alta frecuencia de 61% de las cuales 53 (54.1%) pacientes son normofuncionales, por lo que es importante mencionar que las pacientes empleadas tienen mayor riesgo a disfunción familiar.

Por otro lado en pacientes de acuerdo al estado civil existe una frecuencia de casadas de 57.1% de las cuales 52 (53.2%) pacientes son normofuncionales, 3 (3.1%) pacientes con moderada disfunción y 1 (1%) paciente altamente disfunción. En pacientes viudas con una frecuencia de 15.3% de las cuales 13 (13.3%) pacientes normofuncional, 1 (1%) pacientes moderada disfunción. Solteras con una frecuencia de 13.3% de las cuales 8 (8.2%) pacientes con normofuncionalidad, 4 (4.1%) pacientes disfunción moderada y 1 (1%) paciente altamente disfuncional. Unión libre con frecuencia de 7 (7.1%) las cuales son normofuncionales, y pacientes divorciadas con frecuencia de 7.1% de las cuales 3 (3.7%) pacientes normofuncionales, 2 (2%) pacientes con moderada disfunción y 2 (2%) pacientes altamente disfuncionales. Por lo que es importante mencionar que las pacientes solteras y divorciadas tienen mayor disfunción familiar que las pacientes casadas.

De acuerdo a la escolaridad se encontró que existe un alta frecuencia en pacientes con escolaridad primaria de 27.6% de las cuales se reporto 19 (19.4%) pacientes normofuncional, 6 (6.1%) pacientes con moderada disfunción y 2 (2%) pacientes son altamente disfuncionales, con escolaridad secundaria con una frecuencia de 23.5% de las cuales 22 (22.4%) pacientes son normofuncionales, 1 (1%) altamente disfuncional, bachillerato con una frecuencia de 14.3% de las cuales 11 (11.3%) pacientes son normofuncionales, 3 (3.1%) pacientes con moderada disfunción, licenciatura con una frecuencia 20.4% de las cuales 19 (19.4%) pacientes son normofuncionales, 1 (1%) moderada disfunción, maestría 1 (1%) paciente altamente disfuncional. Por lo que es importante mencionar que a mayor grado de escolaridad mayor factor de riesgo para disfunción familiar y pacientes con menor grado de escolaridad primaria, secundaria mayor normofuncionalidad familiar.

En paciente con tratamiento quirúrgico y además quimioterapia existe una frecuencia de 28.6% de las cuales 21 (21.4%) pacientes son normofuncionales, 4 (4.1%) pacientes con disfunción moderada y 3 (3.1%) pacientes son altamente disfuncionales. Con radioterapia tiene una frecuencia de 7.1% las cuales son normofuncionales y pacientes solo con tratamiento quirúrgico sin quimioterapia ni radioterapia tiene una frecuencia de 64.3% de las cuales 55 (56.1%) pacientes son normofuncionales, 6 (6.1%) pacientes con moderada disfunción y 2 (2%) pacientes altamente disfuncionales. Existe un alto grado de funcionalidad familiar a pesar del tratamiento y se efectos adversos de la misma.

Es importante mencionar que en este estudio los pacientes con cáncer de mama y tratamiento quirúrgico (mastectomía/cuadrantectomia) existe una alta frecuencia de normofuncionalidad familiar y que esta se mantiene a pesar de que existe un tratamiento coadyuvante ya sea quimioterapia y/o radioterapia. También que existe mayor normofuncionalidad a menor grado de escolaridad con alto riesgo de disfunción familiar a mayor grado de escolaridad. Así como en pacientes solteras y divorciadas tienen mayor disfunción familiar que las casadas. Por lo anterior las pacientes con diagnostico de cáncer de mama tienen una adecuada aceptación y adaptación de la enfermedad y su tratamiento, con adecuada funcionalidad familiar.

DISCUSION

El cáncer de mama es uno de los padecimientos más frecuentes. Es un problema de salud que si la paciente y la familia tienen una aceptación y adaptación del diagnóstico, tratamiento y efectos secundarios que este conlleva tendrá una adecuada funcionalidad familiar por lo que repercutirá en su bienestar.

No existe mucha literatura referente a la funcionalidad familiar y cáncer de mama, se menciona que cuando una persona es diagnosticada de cáncer, tanto el propio paciente como cada uno de los miembros de la familia pueden reaccionar de forma diferente. El diagnóstico, la aceptación, el tratamiento y los efectos secundarios son posibles causas de una nueva adaptación tanto para el paciente como para la familia.

Por lo que la relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial a la enfermedad, en pacientes con cáncer de mama no experimentan cambios importantes en el ajuste psicosocial (cuidado de la salud, ambiente laboral o vocacional, ambiente doméstico, ambiente social, relaciones familiares extendidas y aflicción psicológica), sin embargo considero importante mencionar que se debe estudiar la funcionalidad familiar en el momento que a la paciente se le informe del diagnóstico de cáncer de mama ya que es un campo poco estudiado en México, por lo que sería importante realizar un estudio con grupo control para obtener resultados más objetivos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Ministerios de Salud. Guía clínica de Cáncer de mama en personas de 15 años o más. 1ª Ed. Santiago Minsal 2005. 16-22
2. Moore A. Breast Cancer Therapy- Looking to the future. N Engl J Med. 2009; 357: 1547-1549.
3. Poter, P. Global trends in breast cancer incidence and mortality. Salud Publica Mex 2009; 51 suppl 2:5141-5146.
4. Hernández E. Rámirez M. Murillo J. Prevalencia y factores asociados al cáncer de mama. Archivos de salud de Sinaloa. 46-50.
5. Ortiz C. Gaván E. Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital de segundo nivel. Ginecol Obstet Mex. 2007; 75: 11-16.
6. Croce C. M.D. Oncógenes and cáncer. N Eng Med J Med 2008; 358:501-511.
7. Amaro M. Bautista L. Correlación de factores de riesgo y hallazgos clínicos paa cáncer mamario pre y posmenopáusicas. Fac Med UNAM 2007; 80: 110-114.
8. Brandan M. Villaseñor Y. Detección del Cáncer de mama. Estado de la mamografía en México. Cancerología. 2006; 1:147-162.
9. Knaul F. Nigenda G. Cáncer de mama en México: prioridad apremiada. Salud Pública Mex. 2009; 51 suppl 2:S335-S344.
10. Torre L. Viana C. Guías Clínicas de Atención Primaria.
11. Cordero P. M.D. Breast reconstruction after surgery for breast cancer. N Eng J Med 2008; 354:1590-1601.
12. Buchhole T. Radiation Therapy for early-stage breast cancer after breast-conserving surgery. N Engl J Med 2009; 360: 63-69.
13. <http://www.infocancer.org.mx>
14. Chiang A. M.D. Molecular Basis of Metastasis. N Engl J Med 2008; 359: 2814-2823.
15. Ministerio de Salud. Diagnostico y tratamiento de Cáncer de mama. 1ª Ed. Santiago: Minsal; 2004:3-10.

16. Mendoza A. Sánchez G. Bautista S. Costo efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México. Salud pública Mex; 2009: 51 supl 2: 5296-5304.
17. Peñalva C. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. Salud Mental 2004; 24: 32-42.
18. Membrillo, A. Familia Introducción al estudio de sus elementos, 1ª edición, México, ETM, 2008, 221-241.
19. Velarde E. Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar calidad de vida.
20. Mesquita E. Comportamiento de la Familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. Enfermería Global 2007; 10: 1-10.
21. Cerveras S. Aubu E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama: Boletín de psicología 2005, 85: 7-29.
22. Una baja cohesión familiar incide en las pacientes con cáncer de mama. Noticias.cun 2007: 15-17
23. Cáceres M. Manual para el paciente oncológico y su familia. 1ª Ed. Egraf. 2007: 23-31.
24. Torres L. Cáncer de mama, detección oportuna en el primer nivel de atención, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45(2). 157-166.
25. Pérez L. Recurrencia de Cáncer de mama en mujeres del Noroeste de México. Cir Gen 2009, 77 :179-185
26. Hernández R. fundamentos de metodología de la investigación. 1ª edición, España, McGraw Hill. 2007, 1-334.

BIBLIOGRAFIA:

27. Ministerios de Salud. Guía clínica de Cáncer de mama en personas de 15 años o más. 1ª Ed. Santiago Minsal 2005. 16-22
28. Moore A. Breast Cancer Therapy- Looking to the future. N Engl J Med. 2009; 357: 1547-1549.
29. Potter, P. Global trends in breast cancer incidence and mortality. Salud Publica Mex 2009; 51 suppl 2:5141-5146.
30. Hernández E. Ramírez M. Murillo J. Prevalencia y factores asociados al cáncer de mama. Archivos de salud de Sinaloa. 46-50.
31. Ortiz C. Gaván E. Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital de segundo nivel. Ginecol Obstet Mex. 2007; 75: 11-16.
32. Croce C. M.D. Oncógenes and cáncer. N Eng Med J Med 2008; 358:501-511.
33. Amaro M. Bautista L. Correlación de factores de riesgo y hallazgos clínicos para cáncer mamario pre y posmenopáusicas. Fac Med UNAM 2007; 80: 110-114.
34. Brandan M. Villaseñor Y. Detección del Cáncer de mama. Estado de la mamografía en México. Cancerología. 2006; 1:147-162.
35. Knaul F. Nigenda G. Cáncer de mama en México: prioridad apremiada. Salud Pública Mex. 2009; 51 suppl 2:S335-S344.
36. Torre L. Viana C. Guías Clínicas de Atención Primaria.
37. Cordero P. M.D. Breast reconstruction after surgery for breast cancer. N Eng J Med 2008; 354:1590-1601.
38. Buchholz T. Radiation Therapy for early-stage breast cancer after breast-conserving surgery. N Engl J Med 2009; 360: 63-69.
39. <http://www.infocancer.org.mx>
40. Chiang A. M.D. Molecular Basis of Metastasis. N Engl J Med 2008; 359: 2814-2823.
41. Ministerio de Salud. Diagnostico y tratamiento de Cáncer de mama. 1ª Ed. Santiago: Minsal; 2004:3-10.

42. Mendoza A. Sánchez G. Bautista S. Costo efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México. *Salud pública Mex*; 2009: 51 supl 2: 5296-5304.
43. Peñalva C. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. *Salud Mental* 2004; 24: 32-42.
44. Membrillo, A. Familia Introducción al estudio de sus elementos, 1ª edición, México, ETM, 2008, 221-241.
45. Velarde E. Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar calidad de vida.
46. Mesquita E. Comportamiento de la Familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermería Global* 2007; 10: 1-10.
47. Cerveras S. Aubu E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama: *Boletín de psicología* 2005, 85: 7-29.
48. Una baja cohesión familiar incide en las pacientes con cáncer de mama. *Noticias.cun* 2007: 15-17
49. Cáceres M. Manual para el paciente oncológico y su familia. 1ª Ed. Egraf. 2007: 23-31.
50. Torres L. Cáncer de mama, detección oportuna en el primer nivel de atención, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(2). 157-166.
51. Pérez L. Recurrencia de Cáncer de mama en mujeres del Noroeste de México. *Cir Gen* 2009, 77 :179-185
52. Hernández R. fundamentos de metodología de la investigación. 1ª edición, España, McGraw Hill. 2007, 1-334.

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS:
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Para la participación en el proyecto:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.

FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama". El objetivo de este estudio es Analizar la funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer de mama.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a consulta que se programe para tomar datos de identificación. Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ/UMF N 08 SAN ANGEL
CUESTIONARIO PARA TESIS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.**

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Tiempo de unión: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____ Escolaridad de la pareja: _____

Ocupación: _____ Número de hijos: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Mastectomía: Si _____ No _____ Hace cuanto tiempo: _____

Cuadrantectomía: Si _____ No _____ Hace cuanto tiempo: _____

Quimioterapia: Si _____ No _____ Cuanto tiempo: _____

Radioterapia: Si _____ No _____ Cuanto tiempo: _____

Vive con cónyuge: _____ Vive con hijos: _____ Otros: _____

ANEXO 3

NOMBRE: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

ENCUESTADOR: _____

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
1. ESTOY SATISFECHO CON EL APOYO QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGÚN PROBLEMA O PASO POR UNA SITUACIÓN CRÍTICA.			
2. ME SATISFACE LA MANERA E INTERES CON QUE MI FAMILIA DISCUTE MIS PROBLEMAS Y LA FORMA EN QUE PARTICIPA PARA RESOLVERLOS.			
3. MI FAMILIA RESPETA MIS DECISIONES INDIVIDUALES Y ACEPTA MIS DESEOS DE EFECTUAR NUEVAS ACTIVIDADES O DE HACER CAMBIOS EN MI ESTILO DE VIDA.			
4. ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA EXPRESA EL AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS YA SEAN DE BIENESTAR O DE MALESTAR.			
5. ME SATISFACE LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE MI FAMILIA Y YO PASAMOS JUNTOS			
TOTAL			