



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

TITULO DEL TRABAJO

**RELACION CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE MAMA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 DE ALLENDE COAHUILA**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

**DRA BERENICE SALAZAR ZUÑIGA
MEDICO FAMILIAR
ADSCRITO A MEDICINA FAMILIAR UMF No.12
MATRICULA 11310154**

CORREO ELECTRONICO zuzabe@hotmail.com

TELEFONO 8621103598

ALLENDE COAHUILA



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.

TITULO

RELACION CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE MAMA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE ALLENDE COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BERENICE SALAZAR ZUÑIGA

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TITULO

RELACION CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE MAMA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 12 DE ALLENDE COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BERENICE SALAZAR ZUÑIGA

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TÍTULO

RELACION CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE MAMA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE ALLENDE COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BERENICE SALAZAR ZUÑIGA

AUTORIZACIONES:

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA:

A Dios que me permitió ser y llegar hasta este momento de mi vida.

A mis padres quien desde el cielo me bendicen.

Con todo mi amor para:

Mi esposo Simón Castañeda C., quien su apoyo, me permitió superar esta nueva etapa.

A mis amados hijos que avivaron la llama de mi vida para superar los obstáculos.

Leonardo

Denis

A mis hermanos que con su ejemplo y apoyo forman la base de mi vida.

Milagros

Miguel Ángel

Yadira

Agradecimiento

Agradezco al Dr. Salinas Cuellar quien su gran entusiasmo y dedicación, nos guió para el feliz término de esta especialidad.

Gracias a mis compañeros médicos, especialistas. Por su apoyo incondicional, paciencia tiempo y comprensión durante estos tres años que cursamos la especialidad.

De antemano agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de habernos permitido realizar esta especialidad.

ÍNDICE

1.- Marco Teórico.....	8
2.- Planteamiento del Problema.....	47
3.- Justificación.....	49
4.- Objetivos.....	51
5.- Tipo de Estudio.....	53
6.- Población Lugar y Tiempo del estudio.....	54
7.- Tipo y Tamaño de la Muestra.....	54
8.- Características de los Casos.....	55
9.- Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	55
10.- Variables a recolectar.....	56
11.- Procedimiento para recabar Información.....	57
12.- Consideraciones Éticas.....	58
13.- Resultados.....	59
14.- Discusión.....	62
15.- Conclusiones.....	66
16.- Bibliografía.....	67
17.- Anexos.....	72

1. MARCO TEORICO

A pesar de los siglos el cáncer de mama es una de las enfermedades humanas más temibles. La historia de los esfuerzos para afrontar el cáncer de mama es compleja y todavía no se alcanza una conclusión satisfactoria como en las enfermedades en que la causa y la curación se conocen. Sin embargo se lograron adelantos para disminuir las alteraciones que antes desventaban el cuerpo y la psiquis de las personas que padecían cáncer de mama. (1)

El papiro quirúrgico de Smith (3000 a 2500.c.) es el primer documento conocido que se refiere al cáncer de mama. Aunque el cáncer se presentó en un varón, la descripción incluye la mayor parte de las características clínicas frecuentes. En *De Medicina* Celso comentó el valor de las operaciones para el cáncer de mama temprano “Ninguno de estos puede extirparse excepto los cacoethes (cáncer temprano), el resto se irrita con cualquier método de curación. Cuando más violenta es la operación, con mayor crecen” (1)

En el siglo II, Galeno escribió su observación clínica clásica: “Con frecuencia observamos en la mama un tumor que semeja con exactitud al cangrejo. Así como el cangrejo tiene sus patas en ambos lados de su cuerpo, también en esta enfermedad las venas que se extienden fuera del crecimiento no natural toman la forma de las patas de este animal. A menudo hemos curado esta enfermedad en sus etapas tempranas, pero una vez que alcance un tamaño grande nadie lo ha hecho. En todas las operaciones intentamos extirpar el tumor en el círculo en el que colinda con el tejido sano”.

Las teorías defendidas por Galeno dominaron hasta el Renacimiento. A partir de Morgagni se efectuaron con mayor frecuencia resecciones quirúrgicas, inclusive algunos intentos

iniciales de mastectomía y disección axila. Le Dran repudio la teoría de Galeno en el siglo XVII y afirmo que el cáncer de mama es una enfermedad local que se disemina por los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos axilares. Cuando operaba a una mujer con cáncer de mama, extirpaba de manera rutinaria cualquier ganglio linfático axilar crecido. En el siglo XIX Moore, del Middlesex hospital, de Londres, enfatizo la resección completa de la mama por cáncer y afirmo que también debían extirparse todos los ganglios linfáticos axilares palpables. En una presentación de ante la British Medical Association realizada en 1877, Banks apoyo los conceptos de Moore. Halsted y Meyer publicaron sus operaciones para el tratamiento del cáncer de mama en 1894.

En 1943, Hagensen y Stout describieron signos graves del cáncer de mama que incluyeron; 1) edema de la piel de mama, 2) ulceración de la piel, 3) fijación a la pared torácica, 4) un ganglio linfático mayor de 2.5 cm de diámetro y 5) ganglios linfáticos axilares fijos. Con base en estos hallazgos declararon que las mujeres con signos graves ya no podían curarse mediante la intervención quirúrgica radical. Con base en estos criterios de inoperabilidad se excluyo de la operación a cerca de 25% de las mujeres. (1)

En 1970 una se dio una transición de la mastografía radical de Halsted a la mastectomía radical modificada, esta transición reconoció que: 1) no era esencial extirpar el musculo pectoral mayor para el control local y regional del cáncer de mama en etapas I y II, 2) ni la mastectomía radical modificada ni la mastectomía radical de Halsted lograban de modo constante el control local y regional del cáncer de mama en etapa III. (1)

Fisher en 1985 comparo los tratamientos locales y regionales del cáncer de mama. Se obtuvieron estimaciones del cuadro de vida de las 1665 mujeres que se incluyeron y

siguieron por una media de 120 meses. Este estudio se distribuyeron al azar a mujeres con ganglios clínicamente negativos en tres grupos: 1) mastectomía radical de Halsted (MR) 2) mastectomía total aunada a radioterapia (MR mas RT) 3) mastectomía total sola (MT). Las mujeres con ganglios con positividad clínica se trataron mediante MR o MT más RT. No observaron diferencias en la supervivencia entre los tres grupos con ganglios negativos en entre los grupos de mujeres con ganglios positivos (1)

DEFINICION:

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. (2)

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama (3) El cáncer de mama humano es una enfermedad clonal; una célula individual transformada (el producto de una serie de mutaciones somáticas [adquiridas] o de línea germinal) acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. (1) En consecuencia, el cáncer de mama puede existir por un período largo. (1) Cáncer: tumor maligno en general, que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis. (4)

EPIDEMIOLOGIA.

Hasta 5% de la carga de la enfermedad en el mundo se relaciona con los tumores malignos. En los países ricos, esta cifra se eleva a 14.6% y disminuye a 2.2% en los pobres. La diferente carga atribuible a los tumores malignos se vincula con dos aspectos; por un lado, el riesgo de morir por estas causas en los países ricos es 2.4 veces mayor que en los países pobres y de ingresos medios, lo cual se refleja en un mayor número de años de vida perdidos por muerte prematura por otras causas y, por el otro, se observa una diferencia significativa en la contribución de los años vividos con discapacidad. Mientras que en los países ricos la carga de los tumores malignos relacionada con discapacidad es de 11.5%, en las naciones pobres es de sólo 2.6% (5)

En el caso del cáncer de mama (CaMa), la situación es similar. En el mundo, alrededor de 1% de la carga de la enfermedad en las mujeres se vincula con esta causa y varía de 3.2% en los países ricos a 0.4% en los pobres. En América Latina, los años de vida saludable (AVISA) perdidos debidos al CaMa ascienden a 615 000, lo cual representa 1.4% del total de AVISA por todas las causas y una tasa de 221 por 100 000 mujeres. De ese total, 91% corresponde a años perdidos por muerte prematura y 9% a años vividos con discapacidad. En contraste, en Estados Unidos y Canadá se pierden 673 000 AVISA (3% del total y una tasa de 410 por 100 000 mujeres), pero 71% se debe a muertes prematuras y 29% a discapacidad. El riesgo de perder un año por muerte prematura por Cáncer de mama es 1.4 veces mayor para las mujeres de Norteamérica; cuando se refiere a años de vida con discapacidad, el riesgo es 6.3 veces mayor (5)

En los últimos años se ha documentado la importancia que el entorno social juega en la determinación de la enfermedad, así como en las variaciones de la incidencia entre diferentes áreas geográficas. Estudios sobre migrantes de países asiáticos a Estados Unidos de América o de mujeres de Polonia a Australia, ^(6,7) El incremento del riesgo de padecer o morir por esta causa en países pobres y de ingresos medios se vincula con cambios en los patrones reproductivos y nutricionales, además de la disminución de la fecundidad, los cambios en los estilos de vida y las condiciones de trabajo de las mujeres. ^(8,9)

Cada año se diagnostican alrededor de 10 millones de casos de tumores malignos en hombres y mujeres en todo el mundo. De los casi 6 millones de tumores malignos que ocurrieron en las mujeres en el año 2007, el CaMa se ubicó en el primer lugar con 1.3 millones, 27% de ellos en países desarrollados y 19% en países en desarrollo ⁽¹⁰⁾

El incremento del número de casos nuevos entre 2002 y 2007 en los países en desarrollo fue dos veces mayor que el observado en los países desarrollados. ⁽¹¹⁾ En el 2005, los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte en México, 63 128 personas fallecieron por éstos, el volumen representa 12.7% del total de las defunciones registradas. En las mujeres, 13.3% de las defunciones por tumores malignos corresponden al del cuello del útero (cervicouterino) y 13.1% más al de mama. ⁽¹²⁾

En México se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en 2006 y la segunda causa de muerte por todas las enfermedades en mujeres de 30 a 64 años. ^(12, 13)

ANATOMIA FUNCIONAL DE LA MAMA

La mama se compone de 15 a 20 lóbulos cada uno constituido por lobulillos. Bandas fibrosas de tejido conjuntivo (ligamentos suspensores de Cooper) cruzan la mama y se insertan en forma perpendicular en la dermis y forma soporte estructural. La superficie profunda de la mama descansa en la fascia de los músculos pectoral mayor, serrato mayor y oblicuo mayor del abdomen y la extensión superior de la vaina del recto. El cuadrante superior externo de la mama contiene mayor volumen de tejidos que los otros cuadrantes.

La epidermis del complejo pezón-areola está pigmentada, y arrugada de forma variable. Durante la pubertad el pigmento se oscurece y el pezón toma una forma elevada. La areola contiene glándulas sebáceas, sudoríparas y accesorias que producen elevaciones pequeñas en la superficie de la misma (tubérculos de Montgomery). Fibras de haces de músculo liso, situadas en forma circunferencial en el tejido conjuntivo denso y de manera longitudinal a lo largo de los conductos mayores, se extiende hacia arriba al pezón, donde ocasionan la erección del mismo en respuesta a diversos estímulos sensoriales. La papila dérmica en la punta del pezón contiene múltiples terminaciones nerviosas sensoriales y corpúsculos de Meissner. Esta inervación sensorial abundante tiene importancia funcional porque la succión por el lactante inicia una cadena de fenómenos neurohumorales que producen la expulsión de la leche.

Cada lóbulo de la mama termina en un conducto mayor (lactífero) de 2 a 4 mm de diámetro que se abre a través de un orificio contraído (0.4 a 0.7 mm de diámetro) en la ampolla del pezón. Justo abajo del complejo pezón-areola, cada conducto mayor tiene una porción dilatada (seno lactífero), recubierta con epitelio escamoso estratificado. Los

conductos mayores están recubiertos de dos capas de células cuboidales, en tanto que los menores solo tiene una capa de células cilíndricas o cuboidales. Entre las células epiteliales de la lámina basal se encuentran células epiteliales que contienen miofibrillas

La mama recibe el riego principal de: 1) ramas perforantes de la arteria mamaria interna, 2) ramas externas de las arterias intercostales posteriores y 3) ramas de la arteria axilar, inclusive la arteria torácica superior, la torácica inferior y las ramas pectorales de la arteria acromiotorácica las venas de la mama y de la pared torácica siguen el trayecto de las arterias con drenaje venoso a la axila. Los tres grupos principales de venas son: 1) las ramas perforantes de la arteria mamaria interna 2) las ramas perforantes de las venas intercostales posteriores y 3) tributarias de la vena axilar. El plexo venoso vertebral de Batson, que reviste las vertebras y se extiende desde la base de del cráneo hasta el sacro, puede proveer una vía para metástasis del cáncer de mama a las vertebras, cráneo, huesos de la pelvis y sistema nervioso central. Por lo general los vasos linfáticos siguen un trayecto paralelo a los vasos sanguíneos.

Las ramas cutáneas externas de los nervios intercostales tercero a sexto proporcionan la inervación sensorial de la mama (ramas mamarias externas) y de la pared anteroexterna del tórax. Estas ramas salen de los espacios intercostales entre las hendiduras de los músculos serrato mayor. Ramas cutáneas que surgen del plexo cervical, en específico de las ramas anteriores del nervio supraclavicular, inerva una área limitada de piel en la porción superior de la mama. El nervio intercostohumeral es a rama cutánea externa del segundo nervio intercostal.

Los límites del drenaje linfático de la a no están bien definidos y se observa una variación considerable en la posición de los ganglios linfáticos axilares. Los seis grupos de ganglios linfáticos axilares son : 1) el grupo de la vena axilar (externo) , consiste en cuatro a seis ganglios linfáticos, que se sitúan en la parte posterior de la vena y reciben la mayor parte del drenaje linfático de la extremidad superior, 2) el grupo mamario externo (grupo anterior o pectoral) constituidos por cinco a seis ganglios linfáticos situados al borde inferior del musculo pectoral menor contiguos a los vasos mamarios externos y que reciben la mayor parte del drenaje linfático de la superficie externa de la mama, 3) el grupo escapular (posterior) formado por cinco a siete ganglios linfáticos , que se localizan en la parte posterior de la axila en el borde externo de la escapula y reciben el drenaje linfático en particular de la parte de la parte posterior e inferior de la nuca y posterior del tronco y hombro, 4) el grupo central consiste en tres a cuatro grupos de ganglios linfáticos, que están incluidos en la grasa de la axila, se sitúan justo atrás del musculo pectoral menor y reciben el drenaje linfático de la vena axilar, la mamaria externa, grupos escapulares de los ganglios linfáticos y directamente de la mama, 5) el grupo subclavicular (apical) constituidos de 6 a 12 grupos de ganglios linfáticos, que se encuentran atrás y arriba del borde superior del musculo pectoral menor y reciben drenaje linfático de todos los otros grupos de ganglios linfáticos axilares, y 6) el grupo interpectoral (de Rotter) formado por uno a cuatro ganglios linfáticos, que están interpuestos entre los músculos pectorales mayor y menor, y reciben en forma directa el drenaje linfáticos de la mama.(1)

FISIOLOGIA

Las mamas comienzan a desarrollarse en la pubertad, este desarrollo es estimulado por los mismos estrógenos de los ciclos sexuales menstruales, que despiertan el crecimiento de la glándula mamaria más el depósito además de favorecer el depósito de grasa que aumenta el volumen de las mismas. Así mismo durante el embarazo se produce un crecimiento mucho mayor de las mamas, y solo entonces el tejido glandular queda preparado para secretar leche.

Durante el embarazo las enormes cantidades de estrógenos secretadas por la placenta hacen que el sistema ductal de la mama crezca y se ramifique. Simultáneamente, el estroma glandular aumenta de volumen y grandes cantidades de grasa se depositan en él.

También son importantes para el crecimiento de los conductos otras cuatro hormonas, por lo menos: la hormona del crecimiento, la prolactina, los glucocorticoides suprarrenales y la insulina. Se sabe que cada una de ellas interviene al menos en el metabolismo de las proteínas, lo que posiblemente explique su papel en el desarrollo de las mamas.

Para que se produzca el desarrollo completo de las mamas y estas se conviertan en órganos secretores de leche se necesita también el concurso de la progesterona. En cuanto el sistema ductal se ha desarrollado, la progesterona, actuando sinérgicamente con los estrógenos sobre todo, con las demás hormonas antes mencionadas, produce el crecimiento adicional de los lobulillos, el rebrote de los alveolos y la aparición de las características secretoras que produce la progesterona sobre el endometrio durante la segunda mitad del ciclo menstrual femenino.

Aunque los estrógenos y la progesterona son esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, una acción específica de estas hormonas es inhibir la secreción propiamente dicha de la leche. Por otro lado la hormona prolactina ejerce el efecto exactamente opuesto: estimula la secreción de la leche. Esta hormona es secretada por la adenohipófisis de la madre y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la 5ta semana de embarazo hasta el nacimiento del niño. El líquido que la mama secreta en los días anteriores del parto, se llama calostro el cual contiene las mismas concentraciones de proteínas y de lactosa que la leche pero no tiene nada de grasa. Inmediatamente después de nacer el niño la desaparición brusca de los estrógenos y la progesterona por la placenta permite que actúe entonces el estímulo lactógeno de la prolactina. (14)

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

La edad es uno de los factores de riesgo conocidos para padecer cáncer de mama. En México suele manifestarse a partir de los 20 años de edad y su frecuencia incrementa hasta alcanzar los 40 y 54 años de edad, (15) una década antes de las mujeres europeas o estadounidenses (51 vs 63 años de edad, respectivamente) (16). En lo que respecta a la historia familiar genética, por cada integrante de primer grado con antecedente de cáncer de mama, se incrementa el riesgo 1.8 veces en relación a la mujeres que no manifiestan la enfermedad. Como en pacientes con hiperplasia atípica de células ductales o lobulillares aumenta de 4 a 5 veces el riesgo de padecer cáncer. (17)

El incremento de la exposición a estrógenos se acompaña de un mayor riesgo de cáncer de mama, como menarquía temprana antes de los 11 años y menopausia tardía después de

los 54, además de la nuliparidad, en tanto que una exposición reducida protege contra esta afección.⁽¹⁶⁾ La terapia hormonal de remplazo por tiempo prolongado (periodo mayor de cinco años) incrementa el 2% anual de riesgo de padecer cáncer de mama. Este riesgo permanece latente cinco años después de suspender el tratamiento; posterior a este periodo, riesgo de se iguala al de las mujeres que nunca recibieron terapia. ⁽¹⁸⁾ Se ha observado un vinculo entre obesidad un mayor riesgo de cáncer de mama como la fuente más importante de estrógenos en mujeres posmenopáusicas es la conversión de androstenediona en estrona por el tejido adiposos. ⁽¹⁹⁾

El alcohol se ha considerado como factor que incrementa levemente el riesgo de cáncer de mama, ya que entre sus productos se encuentra acetaldehído, conocido como carcinógeno primario en animales.⁽³⁾ Los factores de riesgo más frecuentes encontrados en un estudio efectuado en el 2008 en la Unidad Médica de Atención ambulatoria del IMSS en el Estado de México fueron sobrepeso , obesidad, terapia hormonal y embarazo después de los 30.⁽²⁰⁾

ANATOMOPATOLOGIA.

Carcinoma in situ.

Las células se clasifican en in situ o invasivas según invaden o no a través de la membrana basal. La descripción original de Broder del cáncer de mama in situ resalto la ausencia de invasión de las células del estroma circundante y su circunscripción dentro de los límites ductales y alveolares naturales. Como las áreas de invasión pueden ser diminutas, el diagnostico preciso del cáncer in situ, demanda el análisis de múltiples

cortes microscópicos para excluir la invasión. Antes del uso amplio de la mamografía el cáncer se diagnosticaba mediante un examen físico. En esa época los cánceres in situ constituían menos del 6% de todos los cánceres de mama. El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) se origina en las unidades lobulillares de los conductos terminales y solo se desarrolla en la mama femenina: se caracteriza por distensión y deformación de las unidades lobulillares del conducto terminal por las células cancerosas que son grandes para mantener una relación nuclear: citoplasma normal. Los glóbulos mucoides citoplasmáticos son una característica celular distintiva. El CLIS puede observarse en tejidos mamarios que contienen microcalcificaciones, pero las calcificaciones relacionadas con CLIS casi siempre ocurren en tejidos adyacentes que es una característica única de CLIS y contribuye a su diagnóstico. La edad al momento de diagnóstico es de 44 a 47 años, cerca de 15 a 25 años menor que la edad a la que se diagnostica el cáncer de mama invasivo.(1) El CLIS tiene predilección racial precisa y se observa con una frecuencia 12 veces mayor en mujeres caucásicas que en mujeres afroestadounidenses. El CLIS se considera un marcador de riesgo mayor de cáncer invasivo de la mama en lugar de un precursor anatómico.(3)

Para referirnos a multicentricidad se refiere a la ocurrencia de un segundo cáncer de mama fuera del cuadrante del cáncer primario de la mama, en tanto que multifocalidad indica la ocurrencia de un segundo cáncer dentro del mismo cuadrante que el cáncer primario de la mama. El 60 al 90% de las mujeres con CLIS presenta multicentricidad, en tanto que la tasa de multicelebridad para CDIS es de 40 a 80% (3)

Carcinoma ductal in situ

Si bien el carcinoma ductal in situ (CDIS) se observa de manera predominante en la mama femenina constituye 5% de los cánceres de varones. La proliferación del epitelio que recubre los conductos menores, que produce crecimientos papilares dentro de la luz del conducto, es la característica histológica del CDIS. Al principio de su desarrollo las células cancerosas no muestran pleomorfismo, mitosis o atipia, lo que origina dificultades para diferenciar el CDIS temprano de la hiperplasia benigna. Al final los crecimientos papilares cloascen y llenan la luz del conducto de manera que solo quedan espacios redondos y dispersos entre los grumos de las células cancerosas atípicas. Que muestran hiperchromasia y pérdida de polaridad (patrón de crecimiento cribiforme): por último las células cancerosas pleomórficas con figuras mitóticas frecuentes obliteran la luz y obstruyen los conductos (patrón de crecimiento sólido). Conforme el crecimiento continúa, estas células sobrepasan su riego, y se tornan necróticas (patrón de crecimiento en comedón). Ocurre un depósito de calcio en las áreas de necrosis y es una característica frecuente en la mamografía. (1) En la actualidad el CDIS suele clasificarse con base en el grado nuclear y la presencia de necrosis. El riesgo de cáncer invasivo es casi 5 veces más alto en mujeres con carcinoma ductal in situ. Los cánceres invasivos se observan en mama ipsolateral, por lo general en el mismo cuadrante que el CDIS que se detectó originalmente, lo que sugiere que el CDIS es un precursor anatómico del carcinoma ductal invasivo (3)

Carcinoma invasivo de la mama

Los cánceres invasivos de la mama se describen como de origen lobulillar o ductal. En las clasificaciones iniciales se utilizó el término lobulillar para describir los cánceres

invasivos que se acompañaban de carcinoma lobulillar in situ., en tanto que los otros cánceres invasivos se denominan ductales. (1)

El carcinoma de mama ductal invasivo de la mama con fibrosis productiva originan 80% de los cánceres de mama y se manifiesta con metástasis macroscópicas o microscópicas en ganglios linfáticos axilares en 60% de las pacientes. Este cáncer suele presentarse como una masa dura y solitaria en mujeres perimenopáusicas o postmenopáusicas en el quinto a sexto decenios de vida. Sus márgenes están mal definidos y las superficies de corte muestran una configuración estelar central con estrías blanco cretáceas o amarillas que se extienden hacia los tejidos mamarios circundantes.

El carcinoma medular es un cáncer de mama tipo especial constituye 45 de todos los cánceres invasivos de la mama y es un fenotipo frecuente de cáncer de mama hereditario BRCA-1. A simple vista el cáncer es blando y hemorrágico. Es posible que el tamaño se incremente con rapidez a causa de necrosis y hemorragia. En el examen físico es voluminoso y a menudo se localiza en la profundidad de la mama. En 20% de los casos se encuentra en ambos lados. El carcinoma medular se caracteriza bajo el microscopio por 1) un filtrado linforreticular denso compuesto de manera predominante por linfocitos y células plasmáticas 2) núcleos pleomórficos grandes más diferenciados que muestran mitosis activa y 3) un patrón de crecimiento similar a una lámina con diferenciación ductal o alveolar mínima o sin ella.(1) El 50% de estos cánceres se relaciona con CDIS por lo general se presenta en la periferia del cáncer y menos 10% se demuestra receptores hormonales. Las mujeres con este cáncer tienen una tasa de supervivencia a cinco años menor que las que presentan carcinoma lobulillar in situ (3)

El carcinoma mucinoso (carcinoma coloide), otro tipo especial de cáncer de mama constituye 2% de todos los cánceres invasivos de la mama y casi siempre se presenta en la población de edad avanzada como un tumor voluminoso. Este cáncer se define por fondos comunes extracelulares de mucina, que rodean agregados de células cancerosas de grado bajo: la superficie de corte de este cáncer es brillante y de calidad gelatinosa. La fibrosis es variable y su abundancia confiere a una consistencia firme a la neoplasia (1) Cerca del 66% de estos carcinomas mucinosos muestran receptores hormonales. En el 33% ocurren metástasis a ganglios linfáticos y las tasas de supervivencia a 5 a 10 años son de 73 y 59% respectivamente. A causa del componente mucinoso, es posible que las células de no se evidencien en los cortes microscópicos y resulta esencial analizar múltiples de ellos a fin de confirma el diagnostico de carcinoma mucinoso.

El carcinoma papila es un cáncer de mama de tipo especial que corresponde el 20% de todos los cánceres invasivos de la mama, suele presentarse en el séptimo decenio de la vida y en un número desproporcionado de mujeres no caucásicas. Por lo general los carcinomas papilares suelen ser pequeños, rara vez crecen hasta 3 cm de diámetro. Estos cánceres se definen por papilas con tallos fibrovasculares y epitelio en múltiples capas.

El carcinoma tubular es otro cáncer de mama especial que origina el 2% de todos los cáncer invasivos de la mama se observa hasta un 20% de las mujeres cuyos cánceres se diagnostican mediante selecciones mamografías y suele diagnosticarse entre la perimenopausia a la menopausia temprana. El carcinoma tubular rara vez hay metástasis distantes. La supervivencia a largo plazo se aproxima al 100%.

El carcinoma lobulillar invasivo representa 10% de los cánceres de mama. Las características histopatológicas de este cáncer incluyen células pequeñas con núcleos

redondos nucléolos poco notable y citoplasma escaso con frecuencia es multifocal multicentrico y bilateral. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser difícil de detectar a causa de su patrón de crecimiento insidioso y las características sutiles en la mamografía.

(1)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La molestia de presentación, en casi un 70% de las pacientes con cáncer mamario, es la presencia de un abultamiento (de ordinario indoloro) en la mama. La propia paciente descubre cerca de 90% de las masas mamarias. Los síntomas menos frecuentes consisten en dolor mamario, exudado del pezón, erosión, retracción, crecimiento o prurito del pezón, y enrojecimiento, endurecimiento generalizado, crecimiento o retracción de la mama. Pocas veces una masa axilar o tumefacción del brazo será el primer síntoma. Pueden producirse dolor de espalda o de los huesos, ictericia, o pérdida de peso como resultado de metástasis sistémicas, pero estos síntomas se aprecian raramente en la presentación inicial. (21)

La inspección de la mama es el primer paso en el examen físico y debe practicarse con la paciente sentada con los brazos a los lados y luego sobre la cabeza. Pueden identificarse variaciones anormales en el tamaño y contorno de la mama, retracción del pezón, edema, enrojecimiento, retracción de la piel. Con frecuencia la asimetría de las mamas y retracción o aparición de hoyuelos en la piel, pueden acentuarse haciendo que la paciente eleve los brazos sobre la cabeza o presione las manos sobre sus caderas con el propósito de contraer los músculos pectorales. Las áreas axilares y supraclaviculares deben palpase minuciosamente en la búsqueda de ganglios crecidos con la paciente

sentada. La palpación de la mama en búsqueda de más u otros cambios debe practicarse con la paciente sentada como en la posición supina con el miembro superior en abducción.

El cáncer mamario suele consistir en una masa firme o dura no hipersensible con márgenes no delineados (a causa de infiltración local). Es probable la presencia de erosiones muy pequeñas (1 a 2mm) sea la única manifestación de carcinoma de Paget. En ocasiones, la presencia de un exudado acuoso, seroso o sanguinolento del pezón es un signo temprano pero con mayor frecuencia se relaciona con un signo de enfermedad benigna.

La lesión menor de 1 cm puede ser difícil o imposible de sentir por el examinador sin embargo la paciente puede descubrirlo. Siempre debe pedírsele que muestre la localización de la masa, si el médico no confirma la sospecha debe realizarse nueva exploración de 2 a 3 meses de preferencia de 1 a 2 semanas después del comienzo de la menstruación: Durante la fase premenstrual del ciclo la nodularidad inocua puede sugerir neoplasia u ocultar una lesión subyacente.⁽¹⁴⁾

DIAGNOSTICO

La detección de una tumoración dominante en una mujer posmenopáusica, o de una dominante que persiste a lo largo del ciclo menstrual en una mujer premenopáusica, obliga a la punción-aspiración con aguja fina de la misma, o bien, a la remisión de la paciente al cirujano. Las lesiones sólidas persistentes, recurrentes, complejas o correspondientes a quistes con contenido hemático requieren estudio mediante mamografía y biopsia, aunque en las pacientes seleccionadas se puede aplicar la técnica del diagnóstico triple (palpación, mamografía, aspiración) para evitar la biopsia.

Para diferenciar los quistes de las lesiones sólidas se puede realizar ecografía en vez de punción-aspiración con aguja fina. La ecografía no permite detectar todas las masas sólidas; por tanto, una tumoración palpable que no se ve en la ecografía debe considerarse presumiblemente sólida. En primer término, el análisis del factor de riesgo no es parte de la estructura de decisiones. No hay una gama de factores de riesgo cuya presencia o ausencia pueda utilizarse para descartar la biopsia. En segundo lugar, la punción-aspiración con aguja fina sólo se debe llevar a cabo en centros hospitalarios en los que se haya demostrado experiencia en la obtención y el análisis de estas muestras. Aunque la probabilidad de cáncer es baja cuando se obtiene una "negatividad triple" (bulto de palpación benigna, mamografía negativa y negatividad en la punción-aspiración con aguja fina), todavía no es inexistente y la paciente y el médico deben tener en cuenta el riesgo aproximado de 1% de resultados falsamente negativos. En tercer lugar, diversas técnicas tradicionales como la resonancia magnética, la ecografía y las técnicas de imagen sestamibi no permiten excluir la necesidad de la biopsia, aunque en ocasiones pueden motivarla.⁽¹⁾ En un estudio realizado en 19 pacientes . Se confirmó el diagnóstico histopatológico de cáncer en 14 pacientes; se encontró enfermedad multifocal en cinco y multicéntrica en dos. La sensibilidad y exactitud para detectar focos malignos fue de 42% y 64% para mastografía mas ultrasonido, mientras para imagen por resonancia magnética fue de 100% y 92% respectivamente, concluyendo que la resonancia magnética es la más sensible y tiene mayor exactitud para detectar tanto multicentricidad como multifocalidad en mujeres con cáncer de mama y parénquima mamario denso. (9)

Mamografía

La mamografía de detección sistemática no se debe confundir con la mamografía diagnóstica, que se realiza tras la detección de una anomalía palpable. La mamografía

diagnóstica tiene como objetivo la evaluación del resto de la mama antes de que se realice la biopsia, y en ocasiones forma parte de la estrategia de la triple prueba para excluir una biopsia inmediata. Las alteraciones sutiles que se detectan al principio en la mamografía de detección sistemática deben evaluarse con cuidado mediante compresión o proyecciones amplificadas. Estas alteraciones son los grupos de microcalcificaciones, las zonas de densidad aumentada (en particular si tienen un patrón espiculado) y las zonas de distorsión de la arquitectura de reciente aparición o de agrandamiento progresivo. En algunas lesiones no palpables la ecografía puede ser útil para identificar los quistes o guiar la biopsia. Cuando no existe una lesión palpable y los estudios mamográficos detallados son inequívocamente benignos, se debe realizar un seguimiento sistemático apropiado para la edad de la paciente. Cuando en una lesión mamografía no palpable existe un bajo índice de sospecha, es razonable realizar el seguimiento mediante mamografía a los tres a seis meses. El estudio diagnóstico de las lesiones indeterminadas y sospechosas ha aumentado en complejidad tras la aparición de la biopsia estereotáctica. (1)

Pruebas de detección sistemática

El cáncer de mama es exclusivo dentro del grupo de tumores epiteliales del adulto debido a que se ha demostrado que las pruebas para su detección sistemática (en forma de mamografías anuales) mejoran la supervivencia.. Los adelantos en la tecnología mamográfica, como la mamografía digital, la utilización sistemática de proyecciones con amplificación y una mayor experiencia en la interpretación mamográfica en combinación con las nuevas técnicas diagnósticas (resonancia magnética, espectroscopia con resonancia magnética, tomografía con emisión positrones, etc.) pueden hacer que sea posible identificar el cáncer de mama con mayor fiabilidad y precocidad.(3)

Estadificación

La determinación correcta del estadio en los pacientes con cáncer de mama reviste una extraordinaria importancia. No sólo permite un pronóstico exacto, sino que en muchos casos la toma de decisiones terapéuticas se basa en gran medida en la clasificación TNM. Es necesario interpretar con cautela la comparación con series históricas, puesto que en los últimos 20 años se ha modificado la clasificación en estadios (1)

Estadificación del cáncer de mama

TUMOR PRIMARIO (T)

T0	Ausencia de signos de tumor primario
TIS	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor 2 cm
T1a	0.5 cm de diámetro máximo
T1b	>0.5 pero 1 cm de diámetro máximo
T1c	>1 cm pero 2 cm de diámetro máximo
T2	Tumor >2 cm pero 5 cm
T3	Tumor >5 cm
T4	Extensión a la pared torácica, inflamación, lesiones satélites, ulceraciones
T4a	Extensión a la pared torácica
T4b	Edema (incluyendo piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama onódulos cutáneos satélite limitados a la misma mama
T4c	Ambos (T4a y T4b)
T4d	Carcinoma inflamatorio

GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)

N0	Ausencia de tumor en los ganglios regionales
N1	Metástasis en los ganglios homolaterales, móviles
N2	Metástasis en los ganglios homolaterales en conglomerado o fijos
N3	Metástasis en los ganglios mamarios internos homolaterales

METÁSTASIS A DISTANCIA (M)

M0	Ausencia de metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia (diseminación a los ganglios supraclaviculares homolaterales)

AGRUPACIÓN DE ESTADIOS

Estadio	0	TIS	N0	M0
Estadio	I	T1	N0	M0
Estadio	IIA	T0	N1	M0
		T1	N1	M0
		T2	N0	M0
Estadio	IIB	T2	N1	M0
		T3	N0	M0
Estadio	IIIA	T0	N2	M0
		T1	N2	M0
		T2	N2	M0
		T3	N1, N2	M0
Estadio	IIIB	T4	Cualquier N	M0
		Cualquier T	N3	M0
Estadio	IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

(3)

Debido a que este diagnóstico de enfermedad metastásica altera tan drásticamente la perspectiva del paciente, no debe hacerse sin una biopsia. Todo oncólogo ha visto pacientes con tuberculosis, litiasis biliar, hiperparatiroidismo primario u otra enfermedad no maligna diagnosticadas y tratadas erróneamente de cáncer de mama metastásico. Se trata de un error catastrófico que justifica realizar la biopsia en todas las pacientes en el momento de la sospecha inicial de la enfermedad metastásica.(3)

COMPLICACIONES

Las complicaciones más peligrosas de la enfermedad metastásica, entre las cuales figura la fractura patológica del esqueleto axial y la compresión medular. La aparición de un dolor de espalda nuevo en los pacientes con cáncer debe explorarse de forma detallada y urgente; esperar a la aparición de síntomas neurológicos puede resultar catastrófico. También la afección metastásica de los órganos endocrinos puede provocar una profunda disfunción,

como la insuficiencia suprarrenal y el hipopituitarismo. De forma similar, la obstrucción del árbol biliar u otra afección de la función de un órgano se puede aliviar mejor con tratamiento local que con una modalidad general.

TRATAMIENTO.

La selección de la quimioterapia u hormonoterapia complementaria adecuada es objeto de una intensa controversia en algunas situaciones. Los metaanálisis han ayudado a definir los límites generales del tratamiento, pero no permiten elegir pautas óptimas o seleccionar la pauta en ciertos subgrupos de pacientes. En general, las mujeres premenopáusicas en las cuales está indicada alguna forma de tratamiento general deberían recibir quimioterapia con multifarmacia. El tratamiento antiestrogénico (tamoxifén) mejora la supervivencia en las pacientes premenopáusicas con presencia de receptores de estrógenos en el tejido tumoral, y se debe administrar tras la finalización de la quimioterapia. También la castración profiláctica puede acompañarse de un beneficio sustancial en términos de supervivencia (3)

Los datos respecto a las mujeres posmenopáusicas son también controvertidos. El impacto de la quimioterapia complementaria es cuantitativamente menos en las mujeres premenopáusicas, aunque se ha demostrado cierta ventaja en la supervivencia. La primera decisión a tomar es la de si se debe administrar quimioterapia o tamoxifén. Si bien el tratamiento complementario con tamoxifén mejora la supervivencia, sea cual sea la situación ganglionar axilar, la mejoría es discreta en aquellas pacientes en las cuales están afectados muchos ganglios linfáticos. Por esta razón, lo habitual es administrar quimioterapia a las mujeres posmenopáusicas sin contraindicaciones médicas y con más de un ganglio linfático positivo; es frecuente administrar tamoxifén simultáneamente o después de la quimioterapia. En mujeres posmenopáusicas en las cuales está justificado el

tratamiento general, pero cuyo pronóstico es más favorable, se puede utilizar el tamoxifén en forma de monoterapia. El raloxifén ha dado lugar a cifras similares en la prevención del cáncer de mama, pero puede producir efectos diferentes sobre el hueso y el corazón (21) La mayor parte de las comparaciones entre las pautas de quimioterapia complementaria muestran escasas diferencias entre ellas. Sin embargo, los protocolos que contienen doxorubicina parecen presentar ligeras ventajas. Una modalidad (denominada también quimioterapia neocomplementaria) implica administrar el tratamiento complementario antes de la cirugía y la radioterapia definitivas. Debido a que la tasa de respuesta objetiva de las pacientes con cáncer de mama al tratamiento general en esta situación supera un valor de 75%, muchas pacientes "son rebajadas de estadio", por lo cual pueden convertirse en candidatas al tratamiento conservador de la mama.(3)

Otros tratamientos complementarios que están siendo investigados comprenden la utilización de nuevos fármacos como paclitaxel y docetaxel y el tratamiento basado en modelos cinéticos y biológicos alternativos. En estos protocolos, se administran por separado, dosis altas de agentes en monoterapia en ciclos con intensidad de dosis relativamente alta. En un ensayo clínico aleatorizado y de gran tamaño efectuado en pacientes con metástasis ganglionares se sugiere que las pacientes tratadas con doxorubicina-ciclofosfamida durante cuatro ciclos, seguido de cuatro ciclos de paclitaxel, presentan una supervivencia considerablemente mejor que las tratadas únicamente con doxorubicina ciclofosfamida;este resultado no ha sido confirmado por otro estudio grande. (3)

MASTECTOMÍA

Es la mastectomía clásica, se extirpa toda la glándula mamaria, los dos músculos pectorales bajo la mama y todos los ganglios de la axila, el resultado estético es muy malo dado que se deja el tórax solamente cubierto por piel, sin músculos, la axila completamente disecada. La movilización del brazo es difícil en el postoperatorio y posiblemente el resto de la vida de la paciente.

La mastectomía modificada fue un cambio positivo en la cirugía mamaria, se extirpa la glándula mamaria en su totalidad y se conserva el músculo pectoral mayor o los dos pectorales, se mantiene la disección axilar completa o dos niveles axilares. (21)

Tratamiento general en la enfermedad metastásica

Casi 50% de las pacientes tratadas por cáncer de mama aparentemente circunscrito presentan metástasis. Si bien algunas de ellas pueden salvarse por combinaciones de tratamiento general y local, la mayoría termina por sucumbir. Las metástasis en tejidos blandos, huesos y órganos sólidos (pulmón e hígado) son responsables cada una de ellas de 33% de las recidivas iniciales. Sin embargo, en el momento de la muerte la mayoría de las pacientes presenta afección ósea. Las recidivas pueden aparecer en cualquier momento después del tratamiento primario. De hecho, cerca de 50% de todas las recidivas iniciales de cáncer de mama se producen más de cinco años después del tratamiento inicial.(3)

La elección del tratamiento óptimo requiere la consideración de las necesidades de tratamiento local, de la situación médica global de la paciente y del estado de los receptores hormonales del tumor, y también requiere el juicio clínico. Debido a que el tratamiento de la enfermedad general es paliativo, es necesario ponderar la toxicidad potencial de los tratamientos y las tasas de respuesta. Un cierto número de variables influyen en la respuesta

al tratamiento general. Por ejemplo, la presencia de receptores de estrógenos y de progesterona constituye indicaciones de mucho peso en favor de utilizar un tratamiento endocrino, debido a que la tasa de respuesta de los tumores que expresan ambos receptores se puede aproximar a 70%. Por otra parte, es improbable que las pacientes con un intervalo sin enfermedad de corta duración, con enfermedad visceral de rápido avance, con linfangitis pulmonar o con enfermedad intracraneal respondan al tratamiento endocrino. En muchos casos, se puede reservar el tratamiento general mientras la paciente recibe un tratamiento local apropiado. No está de más insistir en la eficacia de la radioterapia y ocasionalmente de la cirugía para aliviar los síntomas de las metástasis, ante todo cuando están implicadas localizaciones óseas. Muchas pacientes con enfermedad ósea exclusiva o dominante tienen una evolución relativamente indolente. En estas circunstancias, la quimioterapia general tiene un efecto discreto, mientras que la radioterapia puede ser eficaz durante largos períodos. Otros tratamientos generales, como el estroncio-89 con o sin bisfosfonatos pueden aportar beneficios paliativos sin inducir una respuesta objetiva. La mayoría de los pacientes con enfermedad metastásica y ciertamente todos los que presentan afección ósea deben recibir bisfosfonatos de manera simultánea. (3)

Quimioterapia

A diferencia de otros tumores malignos de origen epitelial, el cáncer de mama responde a varios agentes quimioterapéuticos como las antraciclinas, los agentes alquilantes, los taxanos y los antimetabolitos. Se han encontrado múltiples combinaciones de estos agentes que mejoran hasta cierto punto las tasas de respuesta, como el empleo de ciclofosfamida, metotrexato y fluorouracilo (protocolos CMF) pueden responder más tarde a la misma combinación en un contexto de enfermedad metastásica. Una vez que las pacientes

progresan después de un tratamiento con poliquimioterapia, lo más frecuente es continuar tratándolas con monoterapia. Dada la importante toxicidad de gran parte de los fármacos, el uso de un único agente minimiza este efecto y evita a la paciente la exposición a fármacos que tendrían escaso valor. La mayoría de los oncólogos utiliza una antraciclina o paclitaxel tras el fracaso de la pauta inicial. Sin embargo, la elección debe equilibrarse con las necesidades individuales. El uso de un anticuerpo humanizado frente a *erbB2* (trastuzumab [Herceptina]) combinado con paclitaxel puede mejorar la tasa de respuesta y la supervivencia en las mujeres cuyos tumores metastásicos expresan cantidades excesivas de *erbB2*. La magnitud del incremento de la supervivencia es escasa en las pacientes con enfermedad metastásica. En los últimos años ha surgido un grupo de agentes más modernos que son útiles para inducir respuestas objetivas en pacientes previamente tratados, entre ellos gemcitabina, capecitabina, navelbina y etopósido por vía oral.⁽³⁾

PRONOSTICO

Las pacientes con enfermedad localizada en mama y sin evidencia de propagación regional después del examen microscopio de ganglios linfáticos, tiene por mucho, el pronóstico más favorable. El estado de los ganglios linfáticos axilares es factor pronóstico aislado mejor estudiado y se correlaciona con una supervivencia de todos los tamaños tumorales. Además, el aumento en el número de ganglios axilares se correlaciona en directo con tasa de supervivencia más baja. Los receptores de estrógenos y progesterona son un pronóstico importante variable, debido a que las pacientes con tumores negativos a receptores de hormonas y sin evidencia de metástasis hacia los ganglios linfáticos, tiene una tasa de recurrencia mucho más elevadas que la pacientes positivas a receptoras de hormonas y sin metástasis regionales. La tasa de mortalidad de las pacientes con cáncer mamario excede la de los controles normales igualados por edad, en cerca de 20 años.⁽²¹⁾

Las pacientes con tumores pequeños detectados por mastografía positivos a receptor de estrógeno y progesterona sin evidencia de propagación axilar, es probable que tengan una tasa de supervivencia a 5 años superior a 95%. Cuando los ganglios linfáticos axilares se encuentran afectados con tumor, la tasa de supervivencia cae de 50 a 70% a los 5 años.⁽²¹⁾

FAMILIA COMO SISTEMA

La familia es un grupo primario, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrareacciones en los otros y en el mismo, por eso, no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses, y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son: subsistema conyugal, subsistema paterno-filial, y subsistema fraterno.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.⁽²²⁾

La familia comienza con la unión de la pareja, en muchos casos por medio del matrimonio, y tras un cierto periodo dependiendo del número de hijos, su crecimiento se reduce de nuevo a la pareja inicial, con la cual se cierra el ciclo.

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas a su vez por varias fases.

La etapa constitutiva de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos.

Uno de los principales ideales depende de que cada uno de los cónyuges esté bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de su familia para formar su propio hogar. En esta etapa la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión matrimonial mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus respectivos padres. ⁽²²⁾

En la etapa procreativa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por adopción de los hijos e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años. Corresponde al periodo en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres; en ella ocurre la consolidación de la familia y se inicia la apertura hacia el exterior.

La etapa de dispersión comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos. Una de las tareas de los padres en esta etapa es facilitar la independencia de sus hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su propio grupo social. En tanto, la pareja debe ser capaz de ajustarse al final del periodo parental mientras que sus hijos, ahora adultos, dan lugar a la formación de nuevas familias.

Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para los esposos el aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa. En esta etapa comprende dos fases; la de independencia en que la pareja nuevamente sola debe llevar a cabo el ajuste final del papel de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia y la de disolución, en la cual la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos, y demás miembros de la familia residual; la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez, el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas como el continuar viviendo solo, casarse, mudarse al hogar de alguno de sus hijos o recluirse en un

asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas.(22)

Conceptos Evolutivos (Haley, 1981)

La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos; nido vacío).

La importancia de las nociones evolutivas en Teoría Familiar Sistémica no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en las crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

Conceptos Estructurales

Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

Un elemento de fundamental importancia en el análisis de la estructura familiar el denominado principio estructural el que según Laslett, reside en el lazo conyugal. Para que se integre una familia simple son necesarios por lo menos dos individuos relacionados por ese vínculo. (23)

Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos

que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia.⁽²²⁾

La Familia desde la Óptica Sistémica: Síntesis

Por lo referido, la familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogenéticos. ⁽²⁴⁾

Relación conyugal es la unión de dos personas que establecen lazos amorosos de carácter íntimo, con una intensidad admitida o no de durar, con o sin compromiso institucional. La pareja puede ser una institución universal, existiendo un reconocimiento social a un tipo de relación entre un hombre y una mujer que se diferencia de las demás relaciones que se establecen en la comunidad, por su mayor grado de intimidad. En estas comunidades se les reconoce el derecho a mantener relaciones sexuales entre ellos y a cumplir un espacio físico en común.

Funciones conyugales. Con la independencia de la diversidad que existe en las relaciones de pareja, ésta sigue siendo una institución universal e íntimamente relacionada con la cultura. Los cambios han afectado las ideas acerca de la forma en que se elige el compañero sentimental, la manera en que se organiza la pareja, las funciones que se le otorgan a cada integrante y lo que se espera obtener de la relación.

A pesar de la gran diversidad que asume las relaciones de pareja, cumple importantes funciones en el desarrollo social y afectivo de las personas involucradas en las mismas.⁽²⁵⁾

A considerar para su evaluación son comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

Función de la comunicación

De acuerdo con los sistemas familiares, una enfermedad de un miembro de la familia influye en la familia en su conjunto. El diagnóstico de cáncer de mama puede tener un impacto significativo en toda la familia pero en particular en la pareja afectando la relación conyugal.⁽²⁶⁾ El impacto del cáncer de mama puede ser mejor entendido si se considera como una enfermedad que afecte a la pareja como una unidad, en vez de personas separadas ⁽²⁷⁾

Para muchas mujeres el proceso de adaptación a la enfermedad se desarrolla dentro del contexto de una relación de pareja por lo tanto es importante entender cómo y en qué medida la relación matrimonial se afecta por la experiencia de la mujer con cáncer de mama y específicamente como la respuestas tanto de la paciente y su pareja afectan otro ajuste en el proceso de hacer frente a la enfermedad. (27)

En la revisión de la literatura sobre el impacto del cáncer en la relación conyugal O'Mahoney y Carol identificó varios predictores de mejor ajuste entre ellos una comunicación más abierta entre los socios, teniendo en cuenta que para la paciente con cáncer de mama el confidente más a menudo es su pareja (28). El grado en que las pacientes se comunican en forma pertinente no solo da un impacto significativo en su esfera psicosocial sino también en su relación conyugal. (29)

Esta función debe ser evaluada a través de las pautas de comunicación establecidas y predominantes en la pareja:

- a) Que es clara, es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que dice.
- b) Que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar alguno otro integrante de la familia, lo que en patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada “te lo dijo chana para que entiendas Juana.
- c) Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. Adquiere mucha importancia los gestos actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el

cónyuge, en ocasiones se dice mas no haciendo nada pero tomando una actitud de rechazo o indiferencia.(30)

La evaluación de comunicación conyugal en un estudio realizado en Bogotá en paciente con cáncer cervicouterino develo la importancia de la misma para efectos de problemática que se pretende analizar en un evento en crisis como enfrentarse a una enfermedad grave. Implican diversos aspectos que impactan la comunicación, así mismo, las características de la comunicación influyen en la forma de asumir y afrontar dicha situación.

Demostrando así que aquellas parejas con buena comunicación fueron más fuertes y lograron afrontar el proceso de una mejor manera, y en aquellas parejas con dificultades previas al diagnostico, perpetuaban su diferencia a pesar de la situación, haciendo más conflictiva la vida en pareja de la paciente cuando se suman nuevos problemas (31)

2.-Función de adjudicación y asunción de roles

La familia constituye un grupo estructurado basado en la relación entre sus miembros y en el desarrollo de los roles. Así al encontrarse con una experiencia inesperada, como un cáncer, la familia podrá manifestar comportamiento diversos que pueden ser adaptativos o ineficaces.

Frente a la situación de cáncer de mama y de la mastectomía, el significado de la mujer en el contexto familiar, así como la valoración de sus roles, que pueda incluir, el de madre, hermana, esposa, amiga puede sufrir cambios en la percepción de la familia y desde esta misma óptica, la mujer puede pasar a ver el rol de los familiares de otra forma. (32)

El diagnostico de cáncer de mama ocasiona reacciones diversas en los miembros de la familia de la persona enferma, los más relevantes están relacionados con las actividades

profesionales o quehaceres domésticos.⁽³³⁾ En la relación conyugal no todos los compañeros tocados por el cáncer están dispuestos a pedir ayuda, a reconocer que ellos también están sufriendo además a ellos les toca ocupar durante el proceso de la enfermedad el papel de cuidador que tradicionalmente representaba las mujeres en la familia y no todos los varones son capaces de asumir un nuevo rol con naturalidad. ⁽³⁴⁾

La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en las familias y dependiendo como asuman esos roles reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad.

Las características que deben de evaluarse de esta función son:

a) congruencia. La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones de cónyuge.

b) satisfacción Implica que el ejecutar una función debe brindar al que realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como aceptado.

c) flexibilidad. Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien roles para valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sea domesticas o de índoles laboral.⁽³⁰⁾

3.- Función de satisfacción sexual

Las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad en el enfermo de cáncer no han sido una preocupación habitual en la práctica cotidiana es un tema poco frecuente, en los libros y reportes dedicados al diagnóstico y tratamiento del cáncer.⁽³⁵⁾ En las tentativas para evaluar la prevalencia de la disfunción sexual se atribuye a la enfermedad y/o al tratamiento oncológico se a encontrado valores que oscilan entre 35% y 85% en hombres y mujeres . Los mayores valores están dados en los pacientes con afecciones ginecológicas (en el caso de las mujeres) y genitourinarias (en los hombres). ⁽³⁶⁾

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer de mama que pueden interferir con la vida sexual de la paciente y su pareja. Síntomas y consecuencias de la enfermedad como la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual, otras veces los tratamientos pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales. Sin duda, los factores del orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamiento) tiene gran importancia en la aparición de dificultades del orden sexual, la aparición de la enfermedad como un acontecimiento que puede generar temores angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que sufre.

Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja. Pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma aun es estadios terminales y aunque disminuya el interés por el coito se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico, que se puede adoptar diversas modalidades. (37)

En virtud de lo amplio de esta función se propone evaluar dos rubros:

a) la frecuencia de la actividad sexual: debe de investigarse con el objetivo de establecer si existen demanda injustificada de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.

b) satisfacción, considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria. (30)

4.- Función de afecto

La persona feliz, según Diner es aquella con un temperamento favorable de las cosas y que no “rumia” demasiado acerca de los eventos malos, tiene confidentes y amigos y posee adecuados recursos para encaminarse al lograr de sus metas significativa, y por ende posee recursos para enfrentar satisfactoriamente las llamadas situaciones de estrés. (38) Las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresa en todas Las esferas de la vida: familia , la relación conyugal, laboral y social. Este daño en las relaciones de la paciente, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad motivaciones y afrontaciones. (39)

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad insomnio, vergüenza sentimiento de inutilidad y subvaloración personal. (40) la depresión es reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al debut de su enfermedad, ha sido estudiado por Ford quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social. (41)

Torrico y colaboradores señalan que después de la primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar las reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con las mujeres sanas en las que respecta a los indicadores de depresión . (42)

Por otra parte debe señalarse que el cáncer de mama suele coincidir con una etapa especial en la vida de la mujer, que es el de climaterio, el cual suele ubicarse entre los 40 y 60 años de edad, por lo que puede resultar difícil deslindar las alteraciones que corresponden a la condición de padecer cáncer de mama que aquellas vinculadas al síndrome climatérico como tal. (43)

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto. Para unas parejas pueden ser suficientes un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben de ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores para evaluar esta función como son:

Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo como pueden ser abrazos, besos caricias y general todo tipo de contacto físico entre pareja.

Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasa juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.

Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los conyugues esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extra hogar (30)

En un estudio realizado en mujeres cubanas con cáncer de mama se encontró que la reacción de la pareja era un factor determinante de gran importancia para la vida afectiva y adecuación sexual. Algunas presentaron resistencia a la aproximación y rechazo de su compañero como respuesta a los resultados adversos de la cirugía y tratamiento, sin embargo todas las pacientes reconocieron la importancia de su pareja como fuente de apoyo en la recuperación de su enfermedad. (44)

5.- Función de toma de decisiones la toma de decisiones consiste en encontrar una conducta adecuada para resolver una situación problemática en la que además, hay una serie de sucesos inciertos. (45)

Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones, ya que este produce en cada uno de los conyugues la sensación de participación en las decisiones trascendentes; los estilos más frecuentes son:

Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.

Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir. (30)

El instrumento para evaluar el subsistema conyugal creado por el Doctor Víctor Chávez Aguilar aplicado en la pareja, se emplea desde 1996 en el Instituto Mexicano del Seguro Social única y exclusivamente a la pareja el cual evalúa cinco funciones básicas con el propósito de evaluar a posible disfunción conyugal.(30)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer es una enfermedad que no solo afecta a los pacientes, sino también a todo su entorno. No podemos separar al paciente de su círculo personal más próximo y uno de los afectados principales es la pareja del paciente. La reacción de la pareja del enfermo es especialmente importante, pues suele ser el principal apoyo para la paciente, así como la encargada de dispensarle los cuidados prácticos y emocionales que precisa, aun cuando ella misma tenga dificultades de afrontar la situación.

Además, hay que tomar en consideración que el cáncer es estigmatizado, desde el punto de vista cultural, como una enfermedad estigmatizante, lo cual trae consigo que las personas que rodean al paciente tengan una visión muy negativa acerca de él. Las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja, la laboral y social. Este daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad y afrontaciones.

En la relación de pareja se hace recurrente el temor a la ruptura. La falta de comunicación, la dificultad en las relaciones sexuales, la tristeza y los sentimientos de impotencia en el cónyuge sano pueden explicar el problema. En el caso de no tener una pareja estable, la posibilidad de ser amado en el futuro puede generar angustia.

Frecuentemente, médicos, enfermeras e incluso familiares y amigos enfocan sus cuidados en el paciente que padece cáncer y no se dan cuenta que la enfermedad tiene enormes ramificaciones en la familia, especialmente en el cónyuge.

El desafío impuesto a los profesionales de la medicina será entonces múltiple: realizar factores protectores de la familia y especialmente en el cónyuge ayudándole a identificar el propio sentido de control, identificar y reducir los factores de riesgo en un esfuerzo por

alcanzar un funcionamiento más equilibrado y adaptativo de vida con su pareja. Y a su vez con todo su entorno familiar.

Por lo que nos queda la siguiente inquietud

¿COMO SE ENCUENTRA LA RELACION CONYUGAL EN LA MUJER CON
CANCER DE MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 12 DE ALLENDE
COAHUILA?

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama representa a nivel mundial la primera causa de tumor maligno en las mujeres, de igual forma en México ocupa la primera causa de tumor maligno en la mujer y segunda causa de muerte por todas las patologías de la mujer. Coahuila ocupa el quinto lugar en incidencia a nivel nacional de cáncer de mama de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística del 2006.

En la Unidad de Medicina Familiar No 12 de Allende Coahuila; se cuenta con una población adscrita de 2641 mujeres entre los 30 a 69 años de edad, de acuerdo al Sistema de Información de Atención Integral de la Salud. De ellas el 0.71% padecen cáncer de mama.

La relación conyugal es el eje en torno al cual se forman todas las relaciones, en donde comienza y termina la familia llevando implícitas tareas de complementariedad y acomodación mutua en los que cada uno de los miembros debe adaptarse para formar la identidad de pareja. Por lo tanto cuando uno de los miembros sufre, como es el caso de la mujer con cáncer de mama llega a tener impacto significativo como hacer frente física y emocionalmente ante este diagnóstico.

Al analizar la relación conyugal facilita la visualización integral de funcionalidad conyugal en cinco dimensiones ; comunicación , adjudicación de roles, afecto satisfacción sexual, y toma de decisiones y permite establecer diversas hipótesis acerca de la funcionalidad conyugal con base en las relaciones interpersonales de sus miembros.

Al realizar investigación sobre el tema de funcionalidad conyugal nos damos cuenta de los puntos detonantes del desequilibrio de la pareja en pacientes con este padecimiento y así podemos contribuir al mejoramiento de la misma.

Partiendo del hecho de que la salud y la enfermedad se genera en la familia, el papel del médico familiar como experto en la atención integral, deberá identificar oportunamente a la mujer disfunciones conyugales para superar adecuadamente esta etapa

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

ANALIZAR LA RELACION CONYUGAL EN LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA, ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE ALLENDE COAHUILA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar el grupo de edad, estado civil, con diagnóstico de cáncer de mama, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Allende Coahuila.
- 2.- Conocer la funcionalidad conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Allende Coahuila
- 3.- Analizar la función de la comunicación en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 Allende Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.
4. Analizar la función de Adjudicación y asunción de Roles en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 Allende Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.
- 5.- Analizar la función de satisfacción sexual en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 Allende Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

6.- Analizar la función de la afecto en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 Allende Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

7.- Analizar la función de toma de decisiones en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 Allende Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional

Prospectivo

Transversal

Descriptivo

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Allende Coahuila, reporto 19 mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama entre las edades de 30 a 69 años de acuerdo al Sistema de Información de Medicina familiar en el periodo comprendido de Enero 2009 a Diciembre 2009.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

De la 2641 mujeres entre las edades de 30 a 69 años, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar #12 de Allende Coahuila, el universo de trabajo se constituyeron 19 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama entre las edades de 30 a 69 años, se trabajo con la totalidad de ellas.

CRITERIOS DE SELECCION

a) Características de los casos: Pacientes femeninas que cursen con cáncer de mama entre las edades de 30 a 69 años de edad, que tengan vinculo conyugal mayor de un año, que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar.

b) Criterios de inclusión

Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social Pacientes con adscripción en la Unidad de Medicina Familiar # 12 Allende Coahuila

Diagnóstico confirmado de cáncer de mama detectado desde 1995. Edad desde los 30 hasta 69 años de edad.

Estadio y tipología de la enfermedad indistinta sin importar la duración de la misma

c) Criterios de Exclusión

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Pacientes con retraso mental psíquico o cual alteración psíquica orgánica que afecte el juicio o contacto con la realidad.

d) Criterios de eliminación

Pacientes que fallezcan durante el estudio

Pacientes que emigren a otra ciudad durante su estudio.

VARIABLES A RECOLECTAR

CANCER DE MAMA. El cáncer de mama es una enfermedad degenerativa multifactorial que ocurre en mujeres de 35 a 55 años. Algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen y en otros órganos.

RELACION CONYUGAL: Es el vínculo entre dos personas que establecen lazos amorosos de carácter íntimo con una intención durable o permanente con o sin compromiso legal, basándose en las emociones, pensamiento, actitudes humanas que tiene raíces en el instinto sexual y en la necesidad de sentirse acompañado, de proteger y ser protegido.

FUNCIONES CONYUGALES: Con Independencia de la diversidad que existe en las relaciones de pareja esta sigue siendo una institución universal e íntimamente relacionada con la cultura. Modificando así la forma en que se elige compañero sentimental, organización de la pareja en cuanto a las funciones de comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

Una vez detectados las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicara la historia clínica familiar y aplicación del instrumento del subsistema conyugal que valorara a través de una escala cuali-cuantitativa la comunicación, afecto, adjudicación de roles, satisfacción sexual y toma de decisiones en la pareja, dando un valor de 0, 5, y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta, realizando la sumatoria de los puntos y comparándola con una escala preestablecida con un valor de 0 a 40 puntos, hablan de parejas gravemente disfuncional, valor entre 41 a 70 puntos de parejas moderadamente disfuncional y con más de 70 puntos de parejas consideradas funcionales. Se aplicara en la Unidad de Medicina Familiar 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Allende Coahuila.

Los resultados obtenidos se analizaran por el mismo personal médico colaborador, graficándose los resultados en forma porcentual mediante el paquete de Office Excel 2007.

El protocolo fue aprobado por el comité 508 con número de registro R-2009- 508-2

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para la realización del análisis se aplicara la estadística descriptiva realizándose una medición de frecuencia y porcentajes de cada una de las variables.

ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio se realizó de acuerdo a los criterios establecidos en la ética profesional medica, no incurrió en ninguna falta de daño físico o moral hacia los pacientes o la familia de estos, ya que la información obtenida se manejo en forma confidencial y se dio a conocer en los foros de investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, requirió de la autorización de un Consentimiento Informado que invariablemente fue recabado antes de la aplicación de la entrevista entre todos los pacientes evaluados cuidando la discrecionalidad y la no discriminación así como la evitación de ofensas e injurias que pudieran lesionar su integridad física o moral, cumpliendo con esto los lineamientos de la Ley General de Salud así como las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos

Declaración de Helsinki de la asociación Medica Mundial enmendada en la 52ª Asamblea Medica Mundial de Edimburgo, Escocia, en Octubre del año 2002, Este estudio no viola, y sigue sus recomendaciones.

RESULTADOS

Se integra un estudio de 19 pacientes que llenaron los criterios para cáncer de mama siendo el total de pacientes que se diagnosticaron por primera vez. 100% de la muestra a estudiar.

En relación por edad la menor fue de 38 años y la mayor de 67 años, para su estudio se clasificaron de la siguiente manera menos de 40 años encontramos 1 paciente que representa 5% de la muestra, 6 pacientes entre las edades de 40 a 49 con un 32%, 5 pacientes de 50 a 59 años con un 26%, y 7 pacientes de 60 a 69 años que representa el mayor porcentaje con un 37% los que se traduce que a mayor edad mayor incidencia.

Por estado civil de las 19 pacientes encuestadas 13 de ellas se encontraron casadas mostrando el mayor número con un 68%, y solo 6 pacientes en unión libre que representaron el 32%.

De las pacientes estudiadas se logró demostrar que el subsistema conyugal de mayor porcentaje fue funcional con un 58%, en relación con el subsistema conyugal moderadamente disfuncional se encontraron 8 pacientes que corresponden al 42% del total de población en estudio, mientras que con severa disfunción conyugal no se encontraron pacientes.

Funcionalidad conyugal evaluada a través de la comunicación se detectó que 16 pacientes con cáncer de mama siempre se comunican directamente con su pareja mostrando un porcentaje del 84%, mientras que solo un 16% se comunica directamente con su pareja ocasionalmente. En la expresión clara de los mensajes que intercambia con su cónyuge, 13 pacientes se expresa claramente siempre representando el 68% y el 32% se expresa claramente los mensajes solo ocasionalmente. La congruencia entre la comunicación verbal

y analógica se obtuvo que el 68% siempre existe congruencia y el 32% que lo representan 6 pacientes declararon tener solo ocasionalmente congruencia entre la comunicación verbal y analógica.

Funciones en la adjudicación y asunción de roles, encontramos que la pareja tiene mayor porcentaje en cumplir siempre los roles que mutuamente se adjudican con un 79%, el 16% de las paciente ocasionalmente cumple los roles y solo en una pareja nunca los cumple. En cuanto a que siempre son satisfactorios los roles que asume la pareja en 84% y el 11% ocasionalmente son satisfactorios y solos en el 5% nunca son satisfactorios. El ítem más afectado fue en el intercambio de roles que asume la pareja, reflejado con el 31% de la parejas que siempre existe el intercambio de roles y ocasionalmente se intercambia el 48% y nunca se intercambia los roles en la pareja con un 21%.

La función de la sexualidad fue la más afectada de las cinco funciones a evaluar ya que en menos de 50% de las pacientes encuestadas fue satisfactoria la frecuencia y la calidad de actividad Sexual. Mostrándose de la siguiente manera; en el 42% siempre fue satisfactoria la frecuencia de las relaciones, en un 42% fue solo ocasionalmente satisfactoria la frecuencia de la actividad sexual y nunca fue satisfactoria en un 16%. En cuanto a la calidad de la actividad sexual se obtuvo que el 32% siempre fuera satisfactorio la calidad de la actividad sexual, el mayor porcentaje fue ocasional con un 42% y 21% reportó que nunca era satisfactoria la calidad de la actividad sexual.

En relación a la función del afecto los resultados fueron los siguientes; la mayor parte de las paciente se sentían siempre queridas por la pareja representado el mayor porcentaje con un 89% de las paciente evaluadas seguido de un 11% ocasionalmente se sentía querida por su pareja y ninguna reporto que nunca se sentía querida por su pareja. Su interés por la superación personal por la pareja en la mayoría fue satisfactorio ya que se mostró que el

79% siempre se interesaba por la superación de la pareja mientras que el 16% mencionó que solo ocasionalmente se interesaba por la superación solo en una de ellas nunca mostró interés por el desarrollo y superación de la pareja de la pareja. El ítem en donde se evaluó el tiempo dedicado a la pareja si era gratificante en buen porcentaje contestó que siempre era gratificante con un resultado del 68%, seguido de 28% que refirió que solo ocasionalmente era gratificante el tiempo dedicado a la pareja y solo 5% contestó que nunca era gratificante el tiempo dedicado a la pareja. En el apartado en donde se evaluó si existe manifestaciones físicas de afecto se encontró la menos favorable ya que solo el 53% manifestó que siempre existían manifestaciones físicas de afecto y en un 37% solo ocasionalmente y en el 10 por ciento nunca existen manifestaciones físicas de afecto.

En la sección de toma de decisiones fue en donde se encontraron con mayor funcionalidad ya que el 89% expuso que siempre las decisiones importantes se toman conjuntamente con la pareja, mientras del 11% refirió que ocasionalmente toman decisiones importantes conjuntamente.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es actualmente uno de los principales problemas de salud en la mujer ya que su frecuencia es cada vez mayor y con alto impacto que requiere de una respuesta en conjunto tanto la sociedad como la familia.

En el estudio realizado se encontraron 19 pacientes con cáncer de mama, una población total de 2641 mujeres derechohabientes entre edades de 35 a 69 a adscritos a la Unidad Medica Familiar No. 12 de Allende Coahuila, siendo el 0.71 por ciento. Comparado con los criterios de la Organización Mundial de la Salud reporta una prevalencia de 1% de las enfermedades de las mujeres se vincula con esta causa y varia 3.2% en los países ricos mientras que en los países pobres el 0.4%.⁽²⁾ En la población de Allende Coahuila concuerda con los datos reportados mundialmente.

El creciente aumento de la enfermedad se encuentra estrechamente relacionado con el envejecimiento, mostrando el grupo de edad de presentación de cáncer de mama de las mujeres estudiadas entre 30 – 39 años fue de 5%; de 40 – 49 años de 32%; entre 50-59 26%, y de 60-69 años de un 37%. Lo cual se traduce a mayor edad mayor incidencia. (Anexo 3)

El estado conyugal y la relación que exista en la pareja y la familia resultan fundamentales, pues como hemos visto, en esta etapa de la vida se presentan distintos tipos de disfunciones que pueden complicar aún más la sintomatología y el estado de ánimo de las pacientes ⁽²³⁾. En nuestro estudio el estado civil de las mujeres casadas predomina con un 68%, y las mujeres en unión libre fueron solo 32%. (Anexo 4)

En un estudio realizado en el 2004 en Xalapa México se encontró que predomino las parejas funcionales con un 52%, parejas moderadamente disfuncionales 31% y un 9%

parejas con disfunción severa. En el presente estudio se encontró también predominio de las parejas funcionales con un 58% y moderadamente disfuncionales con 42%.(Anexo 5)

La evaluación de comunicación conyugal en un estudio realizado en Bogotá en el 2006 en pacientes con cáncer cervicouterino develo la importancia de la misma para efectos de problemática que se pretende analizar en un evento en crisis como enfrentarse a una enfermedad grave. Implican diversos aspectos que impactan la comunicación, así mismo, las características de la comunicación influyen en la forma de asumir y afrontar dicha situación. Demostrando así que aquellas parejas con buena comunicación fueron más fuertes y lograron afrontar el proceso de una mejor manera, y en aquellas parejas con dificultades previas al diagnóstico, perpetuaban su diferencia a pesar de la situación, haciendo más conflictiva la vida en pareja de la paciente cuando se suman nuevos problemas (43)En las mujeres de este estudio se encontró predominio de la comunicación clara en un 84%, directa en un 68%, y comunicación congruente entre verbal y analógica un 68%.(Anexo 6)

La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en las familias y dependiendo como asuman esos roles reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad. No todos los compañeros de las mujeres con cáncer de mama son capaces de asumir un nuevo rol con naturalidad además tienden a evitar compartir sus sentimientos con la paciente para no preocuparla.(34) En este estudio, referente a adjudicación de roles encontramos congruencia en el cumplimiento de roles en un 79%, con una satisfacción 84% y una flexibilidad para el intercambio de roles solo un 31% del total de mujeres con cáncer de mama.(Anexo 7)

Las relaciones íntimas son quizá la fuerza más importante en el desarrollo humano. La calidad de las relaciones personales cercanas puede promover u obstaculizar la salud psicológica y física, así como la manera en que la persona se percibe así misma.

En nuestro estudio la satisfacción sexual fue la más afectada ya que solo el 42% de la mujeres encuestas fue satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales el 42% ocasionalmente y 16 % nunca es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales. En cuanto a la satisfacción de la calidad de la actividad sexual 37%, el 42% de las encuestas reportan que ocasionalmente se sienten satisfechas con la calidad y el 21% nunca se siente satisfecha. (Anexo 8)

En un estudio realizado en el 2008 en mujeres cubanas con cáncer de mama, se encontró que la reacción de la pareja era un factor determinante de gran importancia para la vida afectiva y adecuación sexual. Algunas presentaron resistencia a la aproximación y rechazo de su compañero como respuesta a los resultados adversos de la cirugía y tratamiento, sin embargo todas las pacientes reconocieron la importancia de su pareja como fuente de apoyo en la recuperación de su enfermedad. (44)

Borbón y colaboradores señalan que los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimiento de inutilidad y subvaloración personal. (40) La depresión reacción emocional muy frecuente al debutar con cáncer de mama, ha sido estudiado por Ford quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social. (41) El afecto de las parejas de la mujer con cáncer de mama con el instrumento de Chávez Aguilar se encontró que el 53% existen siempre manifestaciones físicas de afecto, ocasionalmente un 37% y el 10 % refiere nunca existen manifestaciones de afecto. El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante para el 68% de las mujeres

encuestadas, ocasionalmente para el 28% y para el 5% nunca es gratificante. En el 79% siempre se interesan por el desarrollo y superación personal mientras que 16 % ocasionalmente y el 5 % nunca se interesa. En un buen porcentaje siempre se sienten queridas obteniendo el 90% y el 10 % ocasionalmente se sienten queridas. (Anexo 9)

Toma de decisiones individual. Uno de los conyugues tiene la facultad de tomar la decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir. En el 89% las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente siempre y solo 11% ocasionalmente. (Anexo 10)

CONCLUSIONES

Siempre se requiere profundizar en la forma en que operan las interrelaciones familiares y que interfieren en la salud de la población femenina repercutiendo en sus familias, para ellos es preciso propiciar la investigación, ya que unas de las limitantes más importantes con que tropezamos al estudiar la salud de las mujeres y la de sus familias es la escasa producción de datos estadísticos con base en las familias.

La pareja de una mujer con cáncer del seno puede también experimentar angustia debido al diagnóstico. Las parejas con frecuencia se preocupan sobre cómo expresar su amor física y emocionalmente después del tratamiento, especialmente después de la cirugía. En este ejercicio de diagnóstico de la funcionalidad conyugal en las mujeres con cáncer de mama con el empleo de instrumento de Chávez Aguilar encontramos que predominan las parejas funcionales que aquellas que presentan disfunción moderada a severa.

Al evaluar cada una de las funciones conyugales encontramos que la más afectada es la sexualidad ya que solo el 42 % se encuentra siempre satisfecha en la frecuencia de las relaciones sexuales y el 16 % nunca. Mientras que el 37 % siempre se siente satisfecha con la calidad y el 26 % nunca se siente satisfecha con la calidad de la actividad sexual.

El diagnóstico de cáncer de mama constituye una fuente de diestres en la sexualidad de las pacientes, las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad no han sido una preocupación habitual de la práctica cotidiana. Sin embargo, es una preocupación presente en las pacientes y un desafío para los profesionales que atienden a estas mujeres, al tratarse, de un tema íntimo y delicado. Por lo que existir un equipo sanitario adecuado y entrenado para cumplir con el objetivo de orientar la satisfacción sexual de las pacientes de cáncer y brindar una buena calidad de vida en esta esfera.

BIBLIOGRAFÍA.

- 01.- Brunicardi C, Principios De Cirugía. Shuwartz 8va edición. Mc Graw Hiil. 2008 Vol.1 pág. 453 – 500.
- 02.-Organización Mundial de la Salud 2009.Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/facstsheets/fs297/es/index.html>.
- 03.-, Kasper D, Brauwald E, Fauci A.F, Hauser S, Jamenson L, Isselbacher E, HARRISON Principios de Medicina Interna, 16 edición. Mc Graw Hil 2007 pág. 3069-3088
- 04.-Norma Oficial Mexicana Nom-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- 05.-The global burnen of diseases 2004. Update.Geneva:World Health Organization, 2008. Disponible en:http://www.int/healthionfo/global_burden_disease/estimates_disease/estimates_regional/en/index.html.
- 06.- Bray F, McCarron P, ParkinDm. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. Breast Cancer Res 2004;6:229-239
- 07.- Ziegler R, Hoover R, Pike M, Hildesheim A, Nomurtl A, West DW, et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women, J Natl Cancer Inst 1993;85:1819-1827.
- 08.- López -Río O, Lazcano-Ponce EC, Tovar- Guzmán, Hernández- Ávila M. La epidemia de cáncer de cama en México ¿consecuencia de la transición demográfica? Salud pública 1997; 39 259-265.
- 09.- Morimoto T Nagao T, Okazajy Kira, Nakagawa Y, Tangoku A. Current status of breast cancer in the world. Jap Breast Can Soc 2009; 16:16:2-9.

- 10.- Garcia M, Jemal A, Wrad E, Center M Hao Y, Siegel R et al. Global cancer facts and figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007.
- 11.- Lozano Rafael- Ascencio, md, Tendencias el cáncer de mama en América Latina y el Caribe Salud Publica Mex, vol.51 supl-2, 2009
- 12.- INEGI. Estadísticas Demográficas 2005 Edición 2006. Series estadísticas Vitales: edición 2005, [http://www.inegi/gob/mx/inegi/contenidos/español/prensa/default.asp?c= 269 &e=](http://www.inegi/gob/mx/inegi/contenidos/español/prensa/default.asp?c=269&e=), en el portal del Instituto: www.inegi.gob.mx.
- 13.- Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Freak J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority Reprob health Matters 2008; 16: 32: 1-11
- 14.- Guyton A & Hill, Tratado de Fisiología Médica; 11ª ed. Mosby 2007(82) 1148-1150
- 15.- Rodríguez S, Carpunso M. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Max 2006; 74(11): 585-93.
- 16.- Rodriguez S, Macias C G, Franceschi D, Labastida S, Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican women that in the United States or European countries. Cancer 2001; 91: 863-8
- 17.- Torres L, Vladislavovn S. Cáncer de Mama, Detección oportuna en primer nivel de atención. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social 2007; 45(2): 157-66
18. - Singletary SE Rating The Factors for Breast Cancer. Ann Surg 2003; 237:474-82
19. - Song Y, Sung J. Obesity and risk of cancer in postmenopausal Korean Women. J Clin Oncol 2008;26(20):3395-402
20. - Romero M, Santillán L, Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(11):667-72
- 21.-Lawrence M Tierney, Mc Phee S, A Papadakis M.Diagnóstico clínico y tratamiento 41a edición Mc Graw Hill, 2006 pág. 206 -208

- 22.- Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar 1ª Edición, Intersistemas Editores 1999, cap 4
- 23.-Irigoyen C. A, Gómez CF, Ponce RR, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 2ª Edición. Medicina Familiar Mexicana.2003 Cap. 1.
- 24.-La Perspectiva Sistémica en Terapia Familiar. Conceptos Básicos, Investigación y Evolución. Facultad de Psicología Ciencias de la Educación.Process, 18, 3-18.1999
- 25.- Valdés C A. Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. 1ª edición Manual Moderno 2007 Cap. 4
- 26.-Dorval M., Guay S., Mondor M., Falardeum Robidoux A. Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in prospective investigation. J. Clin. Oncol. 2005, 23(15) 3588-96.
27. - O'Mahoney J, Carrol R. The impact of breast cancer and it is treatment on marital functioning. J Clin. Psychol. Med. 1997, 4(4): 397-414.
28. - Figueiredo M., Fries E., Ingran K. The role of disclosure patters an unsupportive social interaction in the well-begin of breast cancer patients. Psychooncology, 2004; 13(2):96-105.
29. - Cordova M., Conninham L., Carlson C. Social Constrains, cognitive processing, anole adjustment to breast cancer . J. Consult Clin. Psychol.2001; 69: 706-11.
- 30.- Chávez A.V. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación: Rev. Med. I MSS (Mex) 1994; 32:39-43.
- 31.- García P D., Sexualidad y comunicación en parejas de mujeres con cáncer cervicouterino. Psicología Bogotá, 2003; 2(2):203-204.
- 32.- Mesquita E., Magalhaes R., Perira R., Influencia de la mastectomía en los roles de la mujer y la familia. Enfermería Integral 2005: pág. 9-14.

- 33.- Silvia RM, Mamede MV. Conviver com a mastectomia. Fortaleza: Dep Enfermagem 1998.
- 34.- Montesinos F, Soporte Psicológico en cáncer de mama: Actualización y Tratamiento eficaces, 2009:13(3).
- 35.- Lazzarint H. Cáncer y Sexualidad. Rev. Yo el Paciente Oncológico 2007; 1(2):5.
- 36.- Shavelzon J., Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer. Psique. Buenos Aires, 2002; 258-74.
- 37.- Grau A.J., Lanta A.M, Chacon R., Fleites G., sexualidad en pacientes con cáncer. Rev. Cubana Oncol., 1999; 15(1); 49-65.
- 38.-Diner E.& Seligman M. Very Happy people, Psychological. Science, 13(1), 81-84.
- 39.- Stanon A L.,Danoff B.S, Cameron C.I., Bishop M., Collins C. A.,Kirks B. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjument to breast cancer; Journal of Consulting &Clinical Psychology, 2000 68(5), 875-882.
- 40.- Compas B, Luecken L., Psychological adjument to breast cancer. Directions in Psychological Science, 2002; 11(3), 111-114.
41. - Ford L.A. Predictors of psychological functioning in Africa American women with breast cancer. Dissertation Abstracts international: 2002; 63(1-B), 523.
- 42.- Torrico L.E., Satin Vilariño, C., López M.J. &Villas a., la depresión adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. Psiquiatría.com 2003, 7(1).
- 43.- García V., Viniegas C.R., Bienestar Psicologico en mujeres climatéricas. Rev. Cubana de Obst y Gine 2003 29(3).
- 44.- Izquierdo G. M., González P. U., González A., Jáuregui H. U., Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. Rev. Hab. Cienc. Med. La Habana: 2008;2 (Abril-Junio).

45.-Hastie R. Problems for Judgment and Decision Making. *An AI Review of Psychology*;
2001, 52: 653-83.

ANEXOS
ENCUESTA SOBRE RELACIÓN CONYUGAL EN LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 12 EN ALLENDE COAHUILA

EDAD	ESTADO CIVIL	DIVORCIADA	UNIÓN LIBRE	SOLTERA	CASADA
OCUPACIÓN	OBRERA	CAMPESINA	TÉCNICA	PROFESIONISTA	
Funciones					
Nunca					
Ocasional					
Siempre					
I- Comunicación:					
a. se comunica directamente con su pareja	0	5	10		
b. la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10		
c. existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10		
II- Adjudicación y asunción de roles					
a. la pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5		
b. son satisfactorios los roles que asumen la pareja	0	2.5	5		
c. se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5		
III- Satisfacción sexual					
a. es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10		
b. es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10		
IV- Afecto					
a. existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5		
b. el tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5		
c. se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5		
d. perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5		
V- Toma de decisiones					
a. las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15		

(Anexo 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y Fecha: UMF No. 12 Allende, Coahuila. Julio

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado :

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC No.

El objetivo del estudio es: Analizar la relación conyugal en paciente con cáncer de mama en la unidad de medicina familiar # 12 de Allende Coahuila

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: la aplicación de una encuesta en la que se pide información para saber cómo es el subsistema conyugal, Preguntas en las que se involucra la relación conyugal.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no se somete a ningún riesgo o inconvenientes solo la información fidedigna de cómo funciona la relación familiar.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente. El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

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

Nombre y firma del paciente

Dra. Berenice Salazar Zúñiga
Nombre, firma, matrícula del investigador principal

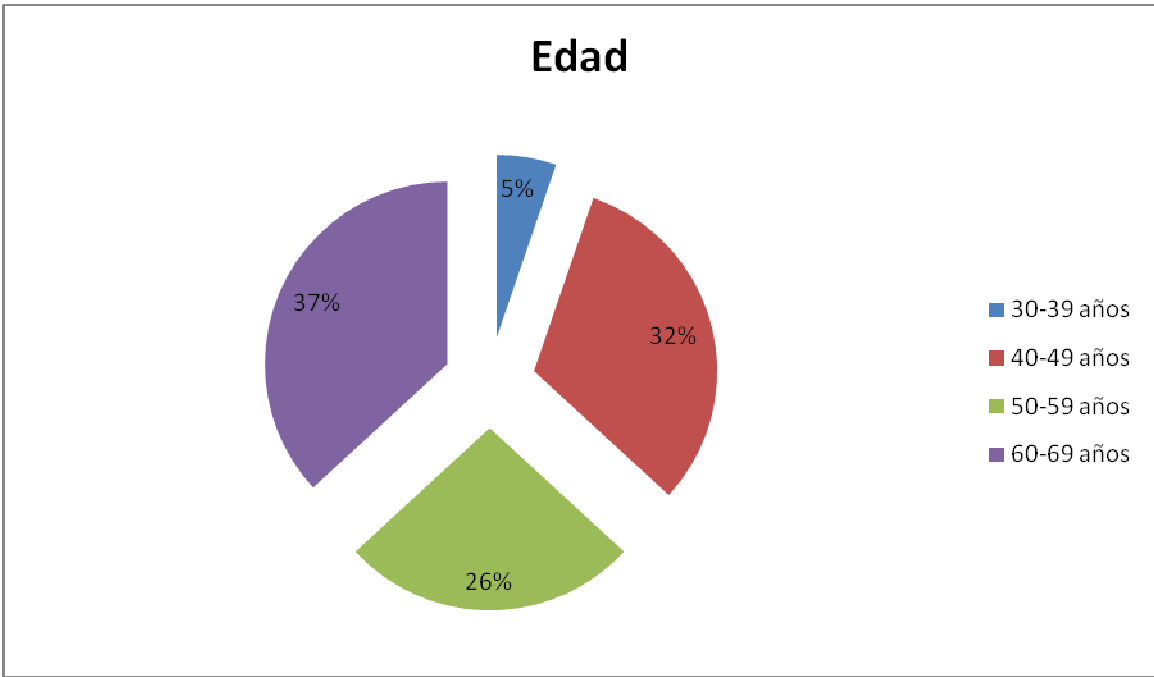
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:
8621103598

Testigos

Testigo 1

Testigo 2

(Anexo 2)



ANEXO 3

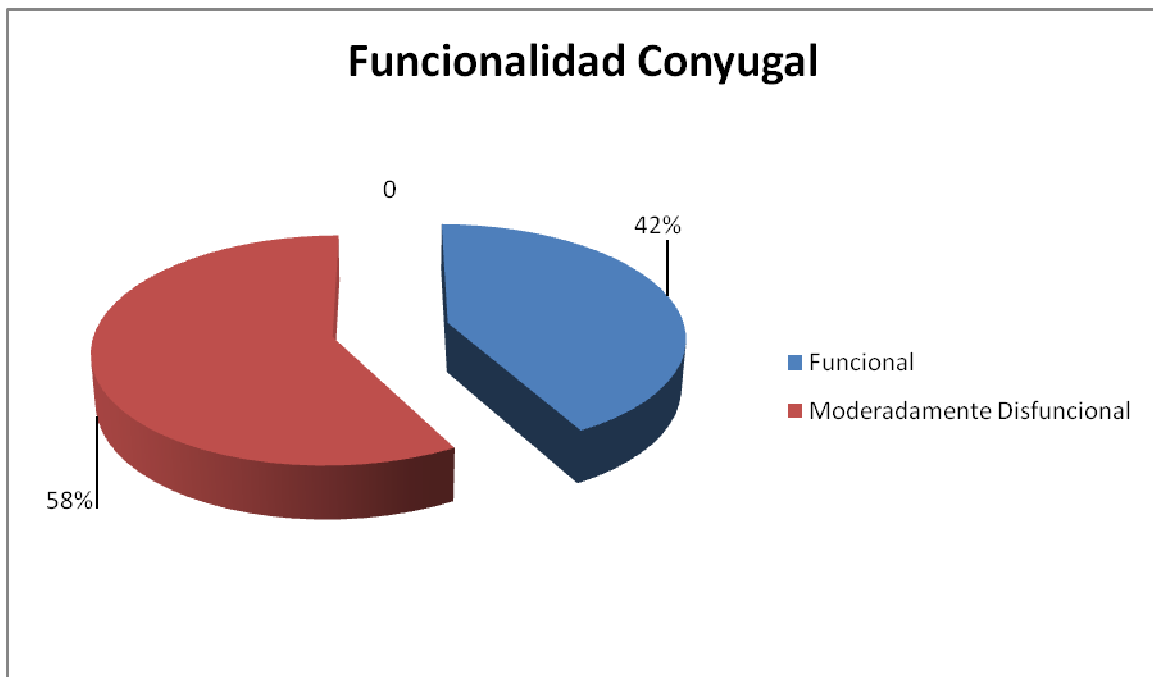
FUENTE: Historia familiar



ANEXO 4

FUENTE: HISTORIA FAMILIAR

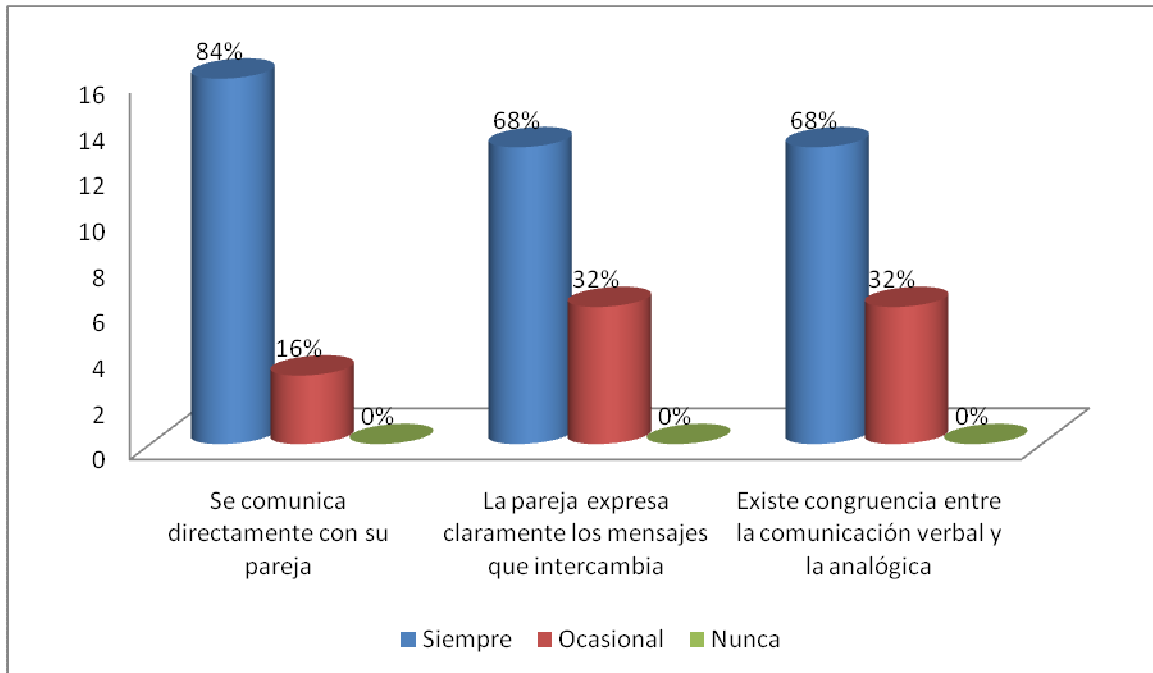
FUNCIONALIDAD CONYUGAL



ANEXO 5

FUENTE: INSTRUMENTO DE CHÁVEZ AGUILAR

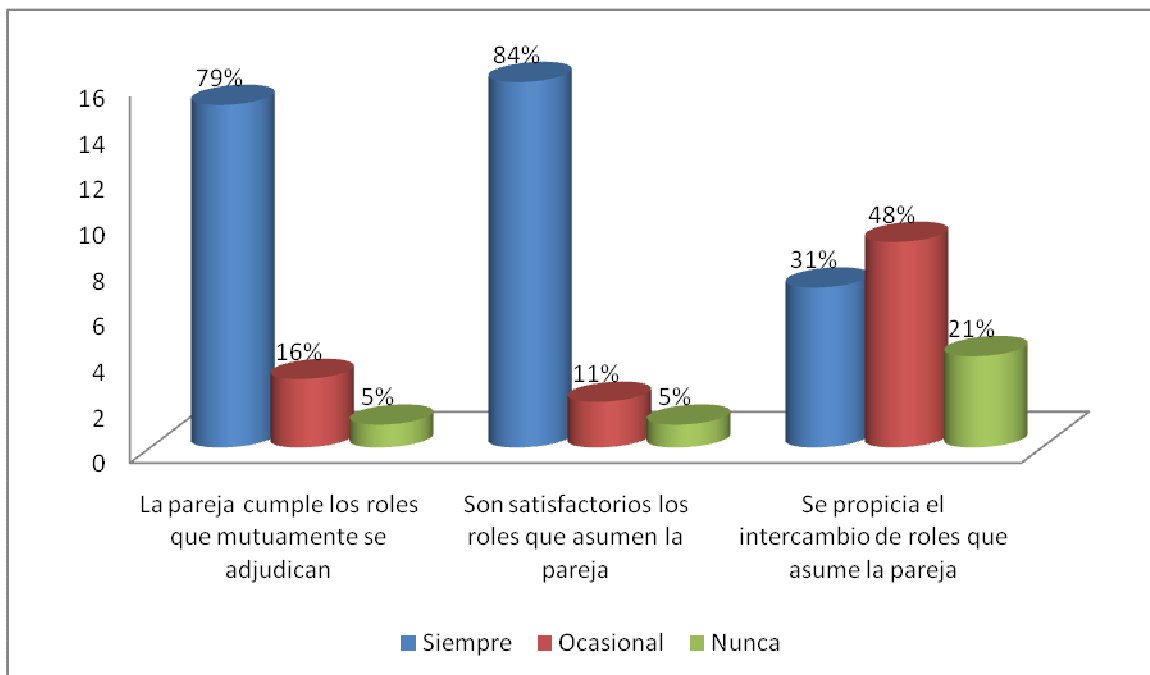
Comunicación



ANEXO 6

FUENTE: INSTRUMENTO DE CHÁVEZ AGUILAR

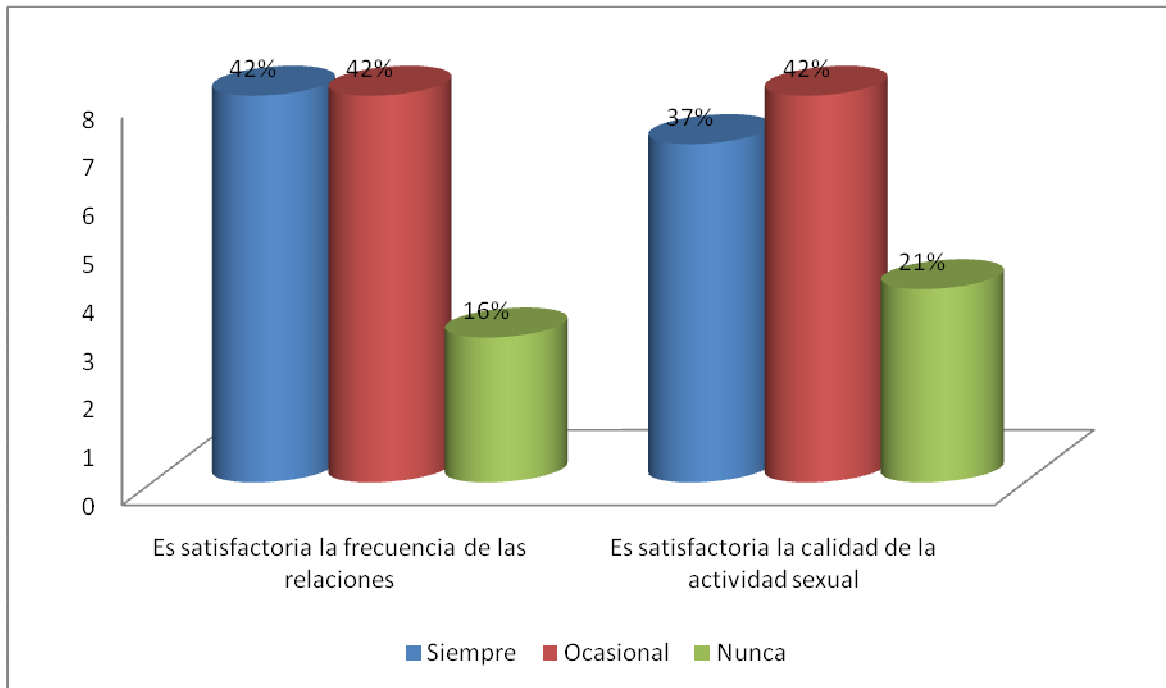
Adjudicación de roles



ANEXO 7

FUENTE: INSTRUMENTO DE CHÁVEZ AGUILAR

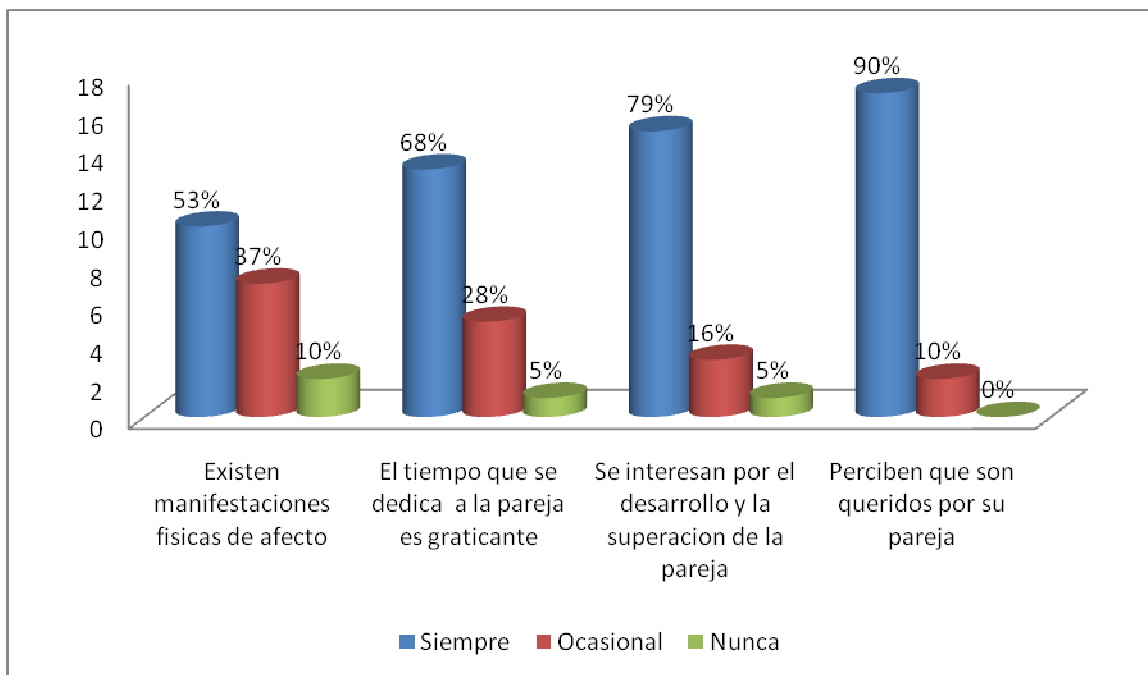
Satisfacción sexual



ANEXO 8

FUENTE: INSTRUMENTO DE CHÁVEZ AGUILAR

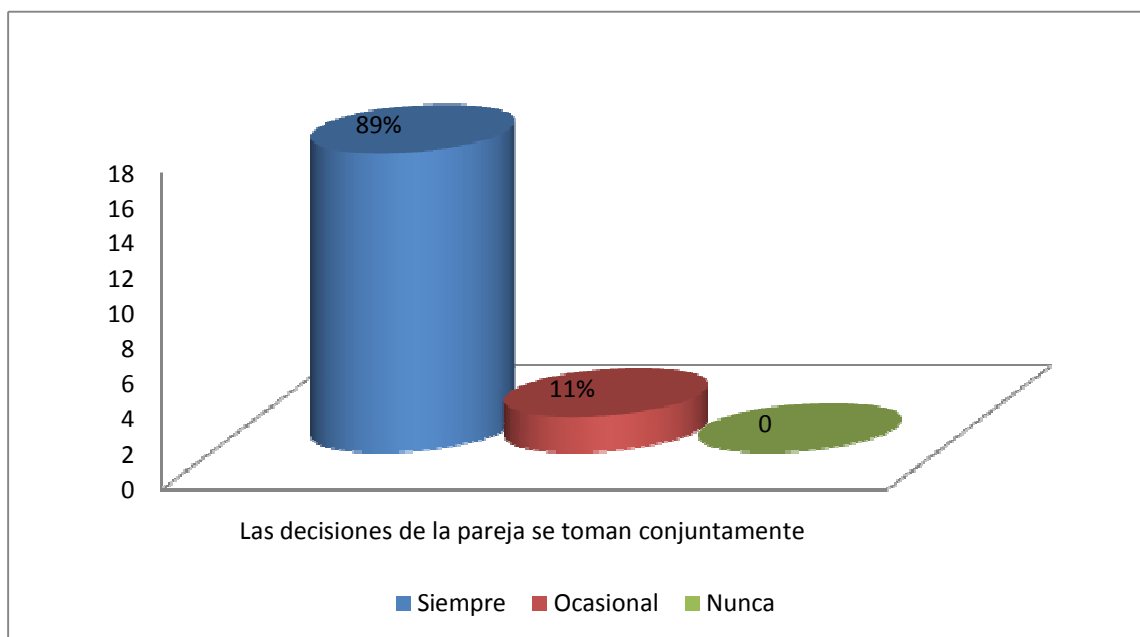
Afecto



ANEXO 9

FUENTE: INSTRUMENTO DE CHÁVEZ AGUILAR

Toma de decisiones



ANEXO 10

FUENTE: INSTRUMENTO DE CHÁVEZ AGUILAR