



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



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

**“IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES PORTADORAS DE CANCER DE MAMA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF N°8 DR.GILBERTO
FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL”**

TESIS

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

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DRA. DENNIS LETICIA OLAMENDI MEDINA
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. HUGO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
ASESOR CLINICO**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

MÉXICO, D. F. ENERO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF N°8 DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

AUTORES: Dra. Olamendi Medina Dennis Leticia¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³ Dr. Sánchez Martínez Hugo⁴.

1. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF No 8, 2. Coordinador clínico de educación e investigación en salud del HGZ/UMF No 8, 3. Profesor Titular de la Especialidad de Medicina familiar del HGZ/UMF No 8, 4. Médico adscrito al Servicio de Planificación familiar del HGZ/UMF No 8.

OBJETIVO

“Identificar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social”

MATERIALES Y METODOS

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, no comparativo. Criterios de inclusión: derechohabiente de 18 a 75 años con cáncer de mama, exclusión: quienes no deseen participar, no firmen el consentimiento informado, cuestionarios incompletos, con enfermedades psiquiátricas, analfabetas, no derechohabientes. Muestra: 203 pacientes, proporción 0,25 intervalo de confianza del 90% y amplitud de 0,10. Se utilizó la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel.

RESULTADOS

Se observó una media de edad de 55 años, desviación estándar de 7.176 años Se encontró que 54 (26.6%) pacientes se dedican al hogar, 102 (50.2%) empleadas y 47 (23.2%) pensionadas, 44 (21.7%) con nivel secundaria, 43 (21.2%) preparatoria y 116 (57.1%) licenciatura, 45 (22.2%) pacientes en nivel socioeconómico medio bajo, 49 (24.1%) medio alto y 109 (53.7%) alto, 19 (9.4%) en índice de masa corporal normal, 98 (48.3%) sobrepeso y 86 (42.4%) obesidad. Se analizó a 149 (73.4%) pacientes pertenecientes a familias nucleares simples, 54 (26.6%) a familias extensas, 69 (34%) en fase de retiro y muerte y 134 (66%) en fase de independencia

CONCLUSIONES

Se identificó 50.2% de familias funcionales, comprobándose la hipótesis alterna. Concluyéndose así la importancia de un adecuado funcionamiento familiar, para que la familia sirva como principal red de apoyo en pacientes con cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE:

Funcionalidad familiar, familias nucleares simples, familias extensas.

**“Identificación de la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de
cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto
Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

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

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud del Hospital General
de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor metodológico de tesis

Dr. Hugo Sánchez Martínez
Especialista en Ginecoobstetricia
Adscrito al Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS

A dios por darme la oportunidad de existir , por haberme permitido culminar una etapa más en mi vida, por las pruebas y tropiezos , por ayudarme a adquirir fortaleza y coraje para formarme mejor como ser humano y como médico. Por haberme heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo "sus padres".

A mi madre que es el ser más maravilloso de todo el mundo. Gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde niña me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles .A ella dedico en especial este trabajo, por su ejemplo de lucha contra esta enfermedad, por que pese a lo difícil que esta puede llegar a ser, siempre ha encontrado las herramientas para no desistir. Por ser un ejemplo de vida" gracias mamá".

A mi padre quien siempre me ha apoyado para poder lograr mis metas. Quien se ha preocupado desde mi existencia por darme siempre lo mejor .Gracias papá porque no hay mejor herencia para mí que tus enseñanzas y mi educación.

A mi hermana, mi amiga, mi confidente, mi compañera de aventuras .Por su cariño, por su apoyo, por su protección. Por que junto con mis padres han sido y serán las personas más importantes en mi vida.

A mis profesores por dedicar un poco de su tiempo en formar mejores médicos día con día.

A mis compañeros, amigos, colegas (Andrea, Edna, Gladys, Norma). Por su apoyo, por su confianza, por su amistad y por los grandes momentos compartidos a los largo de los años de residencia medica.

ÍNDICE

1.-MARCO TEÓRICO	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. OBJETIVOS	24
5. HIPÓTESIS	25
6. MATERIALES Y MÉTODOS	26
7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27
8. POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	28
9. MUESTRA	29
10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	30
11. VARIABLES	31
12. DISEÑO ESTADÍSTICO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	35
13. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
14. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS	38
15. CRONOGRAMA	39
16. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	40
17. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
18. RESULTADOS	42
19. DISCUSIÓN	66
20. CONCLUSIONES	69
21. BIBLIOGRAFÍA	72
22. ANEXOS	75

MARCO TEÓRICO

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. El cáncer de mama (CM), consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular que compone la glándula mamaria. El cáncer de mama constituye hoy en día un problema de salud pública de la mayor trascendencia. Es una amenaza seria para la salud de la mujer y para el bienestar de sus familias, para los sistemas de salud y para la sociedad misma. El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con más de 520 000 muertes cada año, de las cuales 70% ocurre en países en desarrollo. El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control. La evidencia global señala que 55% de los nuevos casos provienen de países en vías de desarrollo donde la letalidad por la enfermedad es mayor, pues representa alrededor del 68% de las muertes por esta enfermedad. En México, el cáncer de mama, es la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres y constituye la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años. Desde el año 2006, el cáncer de mama cobra más vidas al año que el cáncer cérvico uterino. En contraste, en 1980 el riesgo de morir a causa del cáncer cérvico uterino era dos veces mayor que el de cáncer de mama. En México, a partir del 2006 el cáncer de mama ha sido la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años, y se ubica como la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres. En 2008 murieron 4,818 mujeres mexicanas, lo cual implica un fallecimiento cada 2 horas. La tasa de mortalidad por cáncer mamario en México ha registrado un aumento sustancial de 1950 a 2008, pasando de una tasa de 2 por 100,000 mujeres a 9 por 100,000 mujeres. ⁽¹⁾

En América Latina y el Caribe, aproximadamente 40,000 mujeres fallecen de cáncer de mama al año. En el año 2001 se reportaron 3,971 casos en México, en el 2009 se elevó a 13,987 casos. En México, se estima que la edad de ocurrencia se da una década antes que en las mujeres EE.UU y Europa, de los 33,044 casos registrados durante el periodo 2000-2006, el 50% ocurrieron en personas menores de 50 años. Se reporta más de 1 millón de casos de cáncer de mama en el mundo, de los cuales el 51% provienen de países de ingresos bajos o medios. En América Latina y el Caribe se reportaron 117,939 nuevos casos en 2009. ⁽²⁾

En el IMSS, en el periodo 1986-2003 la tasa de crecimiento en el número de egresos por esta causa fue del 80% (tendencia de crecimiento mayor a la de la Diabetes Mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y el cáncer cérvico uterino). En México, en el IMSS en el año 2002, se diagnosticaron el 12.7% de los casos en la etapa 1. ⁽³⁾

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de México del 2000 y la ENSANUT 2006, el porcentaje de mujeres de 40-69 años que acudieron, durante el año previo a cada encuesta, a módulos de medicina preventiva para detección de cáncer de mama subió de 12% al año a casi 22%. Un estudio de la Secretaría de Salud, revela que en el caso de México hasta dos terceras partes de los fallecimientos en mujeres menores de 75 años por cáncer de mama se pueden evitar con detección temprana de la enfermedad y con la aplicación del conjunto de tratamientos médicos que existen para aliviarla. ⁽⁴⁾

La clasificación histológica del cáncer de mama consiste en:

Carcinoma *in situ* 15-30%

Subtipos histológicos

Carcinoma ductal *in situ* 80%

Carcinoma lobulillar *in situ* 20%

Carcinoma invasor 70-85%

Subtipos histológicos

Carcinoma ductal infiltrante 79%

Carcinoma lobulillar infiltrante 10%

Carcinoma tubular / cribiforme infiltrante 6%

Carcinoma coloide (mucinoso) infiltrante 2%

Carcinoma medular infiltrante 2%

Carcinoma papilar infiltrante 1%

Aproximadamente 75-80% de los cánceres son invasivos o infiltrantes, esta característica le da a las células la capacidad de penetrar alrededor de los canales linfáticos y vasculares dando metástasis. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal invasor que representa el 70 al 80%, el segundo más común es el lobulillar invasor (5-10%), difícil de diagnosticar por su diseminación difusa en vez de formar una masa, su tasa de multifocalidad y bilateralidad es alta. Otros tipos de cáncer menos comunes son el tubular, medular, mucinoso y papilar, entre otros. El carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS) se origina del lobulillo terminal ductal, pudiéndose distribuir de forma difusa por la mama. El cáncer inflamatorio se diagnostica clínicamente porque se presenta con edema, eritema y piel de naranja. La enfermedad de Paget es relativamente rara, representa aproximadamente el 1% de los cánceres de mama, afectando el complejo areola pezón. ⁽⁵⁾

Los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son los siguientes:

Factores de riesgo biológicos: Sexo femenino, envejecimiento: a mayor edad mayor riesgo, antecedente personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas, antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia, vida menstrual mayor de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), densidad mamaria, ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2. De todas las mujeres con cáncer de mama, entre 5 y 10% pueden tener una mutación de la línea germinal de los genes *BRCA1* y *BRCA2*. Las mutaciones específicas del *BRCA1* y el *BRCA2* suelen ser más comunes en las mujeres de ascendencia judía. El cálculo de riesgo vitalicio de presentar cáncer de mama para las mujeres con mutaciones del *BRCA1* y el *BRCA2* oscila entre 40 y 85%. Las portadoras con antecedentes de cáncer de mama tienen mayor riesgo de presentar enfermedad contralateral, un riesgo anual que puede ser tan alto como 5%. Los hombres portadores de mutaciones del *BRCA2* también tienen mayor riesgo de presentar cáncer de mama.

Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos: Nuligesta, primer embarazo a término después de los 30 años de edad, terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años, factores de riesgo relacionados con los estilos de vida, que son modificables y pueden disminuir el riesgo de enfermar si se evitan: Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra, dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans, obesidad, principalmente en la posmenopausia, sedentarismo, consumo de alcohol mayor de 15 g/día, tabaquismo.⁽⁶⁾

Diagnóstico temprano

Recomendaciones generales: Autoexamen mamario mensual a partir de los 18 años (siete días después de terminada la menstruación), examen clínico mamario anual, a partir de los 30 años, mastografía anual de tamizaje en mujer asintomática a partir de los 40 años. El ultrasonido mamario es el estudio de elección inicial en mujeres menores de 35 años con afección mamaria.⁽⁷⁾

La mastografía es hasta ahora el mejor método de detección, tiene una sensibilidad diagnóstica de 80 a 95%. El ultrasonido es en algunos casos una herramienta complementaria para diferenciar masas quísticas de sólidas, para caracterizar lesiones benignas y malignas y como guía para la realización de biopsias de lesiones no palpables. La imagen por resonancia magnética (IRM) con gadolinio tiene sensibilidad diagnóstica de 94 a 100%, pero baja especificidad (37 a 97%) y valor predictivo positivo de 44 a 96%. Las indicaciones actuales de este estudio son: a) como estudio de detección en mujeres con alto riesgo (como aquellas portadoras de mutaciones BRCA 1 y 2), b) búsqueda de tumores ocultos mamarios de presentación axilar, c) mujeres portadoras de implantes o prótesis mamarias, d) evaluación de la respuesta al tratamiento sistémico neo adyuvante, e) evaluación complementaria para determinar multicentricidad y bilateralidad.⁽⁸⁾

Mastografía de escrutinio o tamizaje.

Se realiza en mujeres asintomáticas. Debe incluir dos proyecciones para cada mama: Cefalocaudal y Mediolateral oblicua. El resultado se reporta con la clasificación de BIRADS ^(anexo 1). Mastografía diagnóstica. Se indica en la mujer en la que resulta un estudio radiológico de tamizaje anormal, o ante alguna de las siguientes situaciones: Antecedente personal de cáncer mamario, masa o tumor palpable, secreción sanguinolenta por el pezón, cambios en la piel del pezón o la areola, mama densa, asimetría en la densidad, distorsión de la arquitectura, microcalcificaciones sospechosas, ectasia ductal asimétrica. La mastografía diagnóstica incluirá las radiografías sistemáticas, así como proyecciones adicionales y, en caso necesario, ultrasonido o resonancia magnética. *Son indicaciones específicas de mastografía las siguientes:* En la mujer joven cuando exista sospecha clínica de cáncer mamario, independientemente de su edad, en la mujer mayor de 40 años programada para cirugía estética de la glándula mamaria, antes del inicio de terapia hormonal de reemplazo, en la mujer que tenga familiar de primer grado con diagnóstico de cáncer mamario se indicará mastografía anual iniciando a los 30 años, o 10 años antes de la edad del diagnóstico del familiar con cáncer más joven, pero nunca antes de los 25 años, en mujeres con riesgo elevado para cáncer de mama (antecedentes familiares en línea directa, BRCA1, BRCA2), mujeres con antecedentes de biopsia mamaria y reportes histológicos de neoplasia lobular *in situ*, hiperplasia lobular o ductal con atipia, carcinoma ductal *in situ* (DCIS) o cáncer de ovario. El reporte mastográfico debe concluirse con BIRADS. La clasificación de BIRADS consiste en: .A) incompleto: categoría O: Necesita evaluación adicional de imagen y comparar con estudios previos. B) completo: Categoría 1 negativa. Categoría 2 hallazgos benignos. Categoría 3 hallazgos probablemente benignos. Categoría 4 anomalía sospechosa (4a sospecha de baja malignidad, 4b sospecha de malignidad intermedia, c sospecha de alta malignidad pero no clásicos.). Categoría 5 altamente sugestiva de malignidad, categoría 6 malignidad probada por biopsia.⁽⁹⁾

Son indicaciones de ultrasonido las siguientes: Mujeres menores de 35 años con signos o síntomas de afección mamaria (dolor, palpación de nódulo, secreción por el pezón, retracción de la piel o el pezón, enrojecimiento de la piel, etc.), mama densa mastográfica para identificar lesiones inadvertidas, ya que disminuye la sensibilidad radiográfica; valoración de lesiones palpables no visibles en la mastografía, procesos infecciosos (mastitis, abscesos, etc.) y su seguimiento, lesiones sospechosas en la mastografía, o bien en caso de primario conocido, para descartar lesiones multifocales, multicéntricas bilaterales, guía de procedimientos invasivos: aspiración de quistes, drenaje de abscesos, biopsias con aguja fina en ganglios o bien con aguja de corte en lesiones con sospecha; marcajes con arpones metálicos para la exéresis quirúrgica y para tratamiento con radiofrecuencia, crioterapia, terapia térmica, etc, esta última en vías de desarrollo, como ya mencionamos anteriormente, la clasificación de BIRADS también es utilizada para la interpretación del reporte del ultrasonido.⁽¹⁰⁾

Resonancia magnética.

Los resultados falsos negativos en la mastografía ocurren en 25% a 29% de los casos, sobre todo en mamas densas, lo cual ha llevado a desarrollar otras modalidades de imagen que ofrecen mayor especificidad, como la resonancia magnética (RM). La RM es otro método de imagen, complementario de la mastografía y el ultrasonido mamario, que no utiliza radiación ionizante (rayos X) y suministra información morfológica y funcional de la mama mediante la inyección endovenosa de una sustancia paramagnética (gadolinio). Para la obtención de las imágenes se manejan múltiples secuencias, material de contraste endovenoso y curvas de perfusión, lo cual ha mejorado la detección de cánceres ocultos. La sensibilidad de este método es del 85% a 100% y posee especificidad de 47% a 67%. La RM tiene mayor número de falsos negativos en tumores menores de 3 mm, así como en el carcinoma *in situ* y en el lobulillar, por lo que es fundamental la integración de las características morfológicas y funcionales para un diagnóstico certero, aunado a los hallazgos de la mastografía y el ultrasonido. La conclusión se realiza en el sistema BIRADS. Son indicaciones de la resonancia magnética contrastada las siguientes: Estadificación de un tumor: multifocalidad, multicentricidad, bilateralidad y evaluación de la axila, valoración de márgenes después de la escisión de un tumor primario, seguimiento de pacientes con cáncer mamario para detectar recurrencia local, evaluación de la respuesta al tratamiento, búsqueda de primario oculto con metástasis axilares, valoración de la integridad de los implantes mamarios, particularmente con sospecha de rotura intracapsular u otras complicaciones, embarazo y sospecha de cáncer mamario, mamá densa. Tamizaje en paciente de alto riesgo alternando con la mastografía, biopsias en caso de lesiones visibles sólo a través de este método. Debido a la complejidad de este método para biopsia, ante un hallazgo sospechoso se recomienda una segunda revisión intencionada por ultrasonido. ⁽¹¹⁾

Tomografía por emisión de positrones (PET CT).

La PET CT es una de las pruebas de imagen más novedosas en la actualidad; requiere la inyección endovenosa de una glucosa marcada, generalmente FDG, la cual emite una pequeña cantidad de radiación detectada por un escáner para conformar la imagen. Esta sustancia se localiza en los sitios donde las células son más activas, especialmente en tejidos malignos, y cuantifica sus concentraciones. Está indicada para valorar recurrencia, metástasis a distancia, evaluar respuesta a tratamientos médicos, así como en el seguimiento para pacientes con cáncer. Su alto costo la hace poco accesible para ser un estudio sistemático y su aplicación como método de detección se encuentra en fase de investigación. PEM (mastografía por emisión de positrones). Esta reciente modalidad, al igual que la PET, combina medicina nuclear con mastografía y logra una elevada resolución espacial, lo que permite el diagnóstico de lesiones menores de 5 mm. Es útil en la evaluación de la lesión primaria en la mama, así como para la estadificación; con este método es posible realizar biopsias guiadas. ⁽¹²⁾

El fundamento del diagnóstico del cáncer de mama es la confirmación histológica del mismo, para esto se prefiere la realización de biopsias de mínima invasión con la obtención de material tisular que permite determinar factores pronósticos y predictivos de suma importancia en el manejo integral de las pacientes, por ejemplo la determinación de receptores hormonales y de Her2/neu. El procedimiento de elección es la toma de biopsias con aguja de corte (trucut) tanto en lesiones palpables como en las no palpables; esta forma diagnóstica se asocia con una exactitud del 98.5%. En lesiones no palpables, la biopsia debe ser realizada bajo la guía de algún método de imagen (ultrasonido, mastografía, resonancia, etc). En la actualidad la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) generalmente está reservada para la confirmación de metástasis en adenopatías loco-regionales y tiene poca utilidad como método diagnóstico en la lesión primaria.⁽¹³⁾

Indicaciones de biopsia quirúrgica y no quirúrgica en lesión no palpable clasificada como BIRADS 4-5. Tumor o masa que presenta: Forma irregular, con contornos mal definidos, microlobulados o espiculados, forma redonda y bien definida con o sin microcalcificaciones sospechosas que se relacionen o no con: Engrosamiento cutáneo, dilatación de conducto solitario, vascularidad regional aumentada, microcalcificaciones de morfología heterogénea, es decir, de forma, tamaño y densidad diferentes con distribución agrupada, segmentaria o regional. Número: sin importancia, lo relevante es la diferencia en forma, tamaño y densidad, asimetría en la densidad mamaria, neodensidad o cambios en una ya existente detectada en el seguimiento mastográfico, distorsión arquitectónica. No es necesario efectuar biopsia de una lesión no palpable que tenga aspecto benigno, contenido graso o mixto, como: Ganglio intramamario, hamartoma, lipoma, galactocele, microcalcificaciones: Dispersas, bilaterales, secundarias a necrosis grasa, sebáceas, vasculares, sugestivas de leche de calcio.⁽¹⁴⁾ (ANEXO 2)

La estadificación del cáncer de mama proporciona información respecto al pronóstico y orienta el tratamiento. Los estudios de imagen en la actualidad son un complemento para evaluar el tamaño del tumor, la presencia de los ganglios y las metástasis.⁽¹⁵⁾ (ANEXO 3)

La evaluación patológica del cáncer de mama debe incluir indispensablemente el tipo histológico, grado, permeación vascular y linfática, tamaño del tumor, márgenes, número de ganglios y tamaño de la metástasis ganglionar, estudios de inmunohistoquímica que evalúen la presencia o no de receptores hormonales para estrógenos y progesterona, Ki67, la sobreexpresión del gen ErbB2 (Her2/ neu) o su amplificación por FISH o CISH, además de estudios complementarios como citoqueratinas y factores de crecimiento epidérmico, etc.⁽¹⁶⁾

Tratamiento

De acuerdo al American Joint Committee on Cancer (AJCC) se proporciona una estrategia para agrupar a las pacientes según el pronóstico (sistema TNM) (ANEXO 3). Las decisiones terapéuticas se formulan, en parte, de acuerdo con categorías de estadificación pero, principalmente, de acuerdo con el tamaño del tumor, el estado de los ganglios linfáticos, los índices de los receptores de estrógeno y progesterona en el tejido tumoral, el estado del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (*HER2/neu*), el estado menopáusico y la salud general de la paciente. El tratamiento quirúrgico del tumor primario en el cáncer de mama ha pasado por múltiples modificaciones, en la actualidad se divide en cirugía conservadora y mastectomía con sus múltiples variedades. El objetivo es lograr el mejor control oncológico, para esto deben tenerse en consideración factores propios del paciente (edad, género, comorbilidades, relación mama-tumor, antecedentes de radioterapia), o factores Biológicos del tumor (componente intraductal extenso >25%, multicentricidad, tamaño tumoral), así como factores externos como por ejemplo la disponibilidad de equipos de radioterapia. Parte fundamental en la toma de decisiones es indiscutiblemente la preferencia del paciente con el fin de ofrecer la mejor opción terapéutica en conjunto. Las indicaciones para mastectomía incluyen: 1) contraindicación para recibir radioterapia; 2) enfermedad multicéntrica e 3) dificultad para obtener márgenes adecuados y resultado cosmético favorable después de un intento de cirugía conservadora. Existen varios tipos de mastectomía, la mastectomía total extirpa la totalidad del tejido mamario incluyendo el complejo areola-pezón (CAP), en la mastectomía total preservadora de piel se realiza una incisión circundante a la areola y se remueve solo el CAP, la ventaja de esta modalidad es favorecer los resultados cosméticos de la reconstrucción inmediata, además, es posible en casos adecuadamente seleccionados, la preservación del CAP con mínimo riesgo de recurrencia local en la piel preservada. La mastectomía radical modificada es un procedimiento realizado en nuestro país debido a los estadios localmente avanzados en los que realizamos el diagnóstico en nuestras pacientes e incluye la resección de la totalidad del tejido y piel mamaria así como la disección de los niveles ganglionares I y II, procedimientos más extensos como la mastectomía Halsted. En la actualidad la disección del ganglio centinela es el abordaje quirúrgico de elección en los casos en que la axila es clínicamente negativa. La técnica ideal para su búsqueda consiste en la técnica combinada de inyección de un colorante (azul patente) y un material radiactivo (tecnecio 99 1mCi) de forma subdérmica periareolar y en el borde del tumor. Otro aspecto fundamental en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama es el manejo de los ganglios axilares, esto tiene fines pronósticos para la estadificación y terapéuticos con el fin de disminuir la recurrencia local. Por muchos años, la disección de la axila ha sido el estándar de tratamiento, sin embargo, el beneficio de este procedimiento en pacientes con ganglios clínicamente negativos es muy bajo y sus complicaciones son relativamente frecuentes. ⁽¹⁷⁾

El carcinoma ductal in situ puede tratarse con cirugía conservadora mientras se obtengan márgenes adecuados (mayor 2 mm), la radioterapia adyuvante disminuye la recaída local, la mastectomía total es una opción de tratamiento en pacientes seleccionados que tengan un riesgo mayor para recaída local (alto grado, menor 40 años).⁽¹⁸⁾

La cirugía profiláctica debe tener un abordaje multidisciplinario considerando que es una cirugía reductora de riesgo de cáncer de mama contralateral. Los pacientes con antecedente de radioterapia (enfermedad de Hodgkin en mediastino), susceptibilidad genética, e historia de cáncer de mama familiar son los grupo más recomendados para este tratamiento.⁽¹⁹⁾

El objetivo de la quimioterapia adyuvante es eliminar la enfermedad micrometastásica antes del desarrollo de clones resistentes, pues se ha demostrado que la recurrencia sistémica es la principal causa de muerte en estas pacientes. La quimioterapia basada en antraciclinas disminuye 33% las recaídas y 27% la mortalidad en mujeres menores de 50 años. El beneficio de la quimioterapia es independiente del estado ganglionar, menopáusico, expresión de los receptores hormonales u otras terapias adyuvantes. Se ha demostrado que la adición de taxanos a la quimioterapia adyuvante, ya sea de forma secuencial o concomitante a los antraciclinos mejora la supervivencia libre de enfermedad (SVLE), sin embargo, no todos los estudios han demostrado beneficio en supervivencia global (SVG). Un metanálisis del empleo de taxanos adyuvantes en cáncer de mama, concluye un beneficio a cinco años en periodo libre de enfermedad de 5% y de la supervivencia global de 3%. En el momento actual consideramos que iniciar con taxanos seguido de antraciclinas permite una mayor intensidad de dosis lo cual ha incrementado el SVLE aunque está pendiente evaluar su impacto en supervivencia. En situaciones particulares como el subtipo triple negativo no existe en la actualidad un esquema recomendado ya que no existe un blanco terapéutico específico. Aproximadamente 15 a 25% de los cánceres de mama tendrá sobreexpresión del gen HER2/neu (ErbB2). El Trastuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido en contra de la proteína HER2. Diversos estudios han evaluado el beneficio de trastuzumab concomitante o secuencial con quimioterapia de forma adyuvante, los resultados combinados demuestran disminución relativa del riesgo de recurrencia o muerte por cualquier causa de 38%.⁽²⁰⁾

Entre 50 y 70% de los pacientes con cáncer de mama, el tumor será hormonosensible por lo que se podrán beneficiar de una de las siguientes modalidades de manejo. La decisión dependerá de las condiciones de la paciente, comorbilidades, biología tumoral y perfil de seguridad de cada tratamiento. Con cualquiera de estas modalidades terapéuticas no está recomendada la quimioterapia concomitante, y en la actualidad se pueden combinar con terapia biológica. En el terreno adyuvante, la administración de tamoxifen durante cinco años ha demostrado una disminución en el riesgo a recurrencia de 40% y en riesgo de muerte de 35%, así como reducción en el desarrollo de otro cáncer de mama, lo que se traduce en un beneficio absoluto a 15 años de 12% y de muerte

de 9%. Los beneficios de tamoxifen son similares en mujeres premenopausica que en pos menopáusico. Es importante considerar que el uso de tamoxifen está relacionado con eventos adversos mayores tales como cáncer endometrial en 1% y enfermedad tromboembolica en 2%. Los inhibidores de la aromatasas son fármacos que representan otra opción terapéutica en el tratamiento adyuvante exclusivo de mujeres pos menopáusicas, administrados de forma inicial o secuencial, han demostrado mejorar la supervivencia libre de enfermedad, no así en la supervivencia global. La decisión del tipo de inhibidor se relaciona con el perfil de toxicidad y características de riesgo en cada paciente. La duración óptima recomendada es de cinco años. El beneficio absoluto es de 3% de disminución de la recurrencia. Los mayores efectos secundarios de estos fármacos son osteoporosis y fracturas secundarias aunque dichos efectos son reversibles al suspender el tratamiento y se pueden disminuir con el uso de bisfosfonatos, por lo anterior es muy importante la vigilancia de la densidad ósea.⁽²¹⁾

En mujeres premenopausicas, la ablación ovárica se ha asociado con disminución en recaída y en mortalidad, los beneficios son similares en magnitud a los obtenidos con quimioterapia en pacientes con receptores hormonales positivos. La ablación o la supresión ovárica pueden conseguirse con irradiación, cirugía o agonistas de la hormona liberadora-gonadotropina (GnRH) o antagonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH). Esta opción de tratamiento se recomienda para pacientes que rechazan o que tienen alguna contraindicación para la quimioterapia o para tamoxifen. Los efectos secundarios de esta opción son los propios de la ablación/supresión ovárica, es decir, síntomas menopáusicos.⁽²²⁾

El tratamiento con radioterapia está indicado en todos los pacientes que hayan sido sometidos a cirugía conservadora. El boost o sobreimpresión se considera estándar, y se administra usando electrones. La irradiación parcial de la mama es una modalidad empleada en tumores pequeños como parte integral del tratamiento conservador, puede administrarse en forma de 1) braquiterapia intersticial con implante de tasa alta, 2) braquiterapia intracavitaria (catete o balón), 3) radioterapia intraoperatoria (orto-voltaje) y 4) radioterapia externa conformacional. La radioterapia pos mastectomía reduce el riesgo de recurrencia local en aproximadamente dos tercios; y aumenta la supervivencia global en 10%. Está indicado en los pacientes con cuatro o más ganglios positivos, y/o con márgenes quirúrgicos cercanos y/o con tumor ≥ 5 cm de diámetro. La radioterapia en el cáncer de mama localmente avanzado se indica como parte del tratamiento multimodal. En nuestra Institución, la decisión para cada caso en particular se toma en una sesión multidisciplinaria.⁽²³⁾

Pronostico

Ochenta por ciento de las recaídas locales ocurre dentro de los primeros cinco años de tratamiento. La decisión de manejo depende de la extensión de la enfermedad, de los tratamientos previos y de las condiciones del paciente. La mayoría de las recaídas ocurre en o cerca de la cicatriz dejada por la resección del tumor primario, la mayoría ocurre entre dos y siete años desde el tratamiento. El tratamiento más utilizado es la mastectomía; la supervivencia libre de enfermedad a cinco años es de 60 a 75%. El seguimiento consiste en valoración clínica periódica (trimestral los primeros dos años, del año 3 al año 5 es semestral, y posteriormente, anual), los objetivos son: detectar recaída local, regional o sistémica y la presencia de un segundo primario. Se debe realizar una mastografía y tele de tórax anuales así como densitometría ósea semestral (en posmenopausicas o tratadas con inhibidores de aromatasa). El abordaje clínico debe ser completo con énfasis en sitios probables de recaída o complicaciones de tratamiento previo, según los hallazgos se realizan estudios de laboratorio y gabinete intencionados. Es importante recomendar a la paciente realizar ejercicio aeróbico, evitar sobrepeso así como medidas de protección para linfaedema ya que esto puede afectar su calidad de vida. Se debe proveer información y soporte psicosocial al paciente y familiares. ⁽²⁴⁾

Funcionalidad familiar

La familia es un sistema dinámico donde el malestar de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez “la familia se comporta como si fuera una unidad “(Satir 1980). Tomando en cuenta que un criterio de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa (Ackerman 1977), creemos que el sistema familiar es susceptible de ser evaluado , estando la familia reunida en su totalidad o a través de uno de los miembros de ella que manifiesta su propia percepción de la misma. “La familia no es una unidad estática .Está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales, por tal motivo los terapeutas detienen el tiempo cuando investigan familias, como si detuvieran un filme para analizar uno de sus cuadros “.Según la teoría estructural del funcionamiento familiar .Esta considera la familia como un sistema, el cual está compuesto por subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado. Además la familia presenta en su estructura la propiedad de distribución del poder a través de normas y de roles que definen las reglas del sistema familiar. ⁽²⁵⁾

La familia presenta las siguientes propiedades en su estructura: una distribución de poder, a través de normas y roles que definen las reglas del sistema familiar, el poder y la naturaleza de los límites y alianzas, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites en los subsistemas deben ser claros. Esta teoría menciona que la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar , al generar una homeostasis sin tensión mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones

intrafamiliares , para lo que utiliza los siguientes elementos como fundamentales para su desarrollo : cohesión , armonía, comunicación , permeabilidad, afectividad, roles , adaptabilidad. De acuerdo a la teoría explicativa del funcionamiento familiar, menciona que la familia puede encontrarse en 4 estadios a lo largo de su ciclo evolutivo: la familia normo funcional, la cual presenta un equilibrio estable, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros, lo que garantiza una homeostasis. La familia en crisis, esta puede considerar una situación fisiológica para la evolución del sistema familiar e incluso necesaria entre sus miembros, el sistema familiar tiene que apelar a sus recursos, tanto internos como externos y si dispone de ellos puede efectuar los ajustes necesarios para producir una respuesta adaptativa. La familia con disfunción familiar, en estas familias este estado ya no puede considerarse como fisiológico ya que las tensiones que genera el conflicto no resuelto producen manifestaciones patológicas en los miembros. La familia en equilibrio patológico, en esta familia sucede que de la misma forma en que los individuos pueden desarrollar mecanismos adaptativos patológicos frente a los estímulos del medio , las familias pueden reaccionar frente a una crisis adoptando respuestas que perpetúen la situación, utilizando lo que se denomina “ mecanismo de defensa”, los cuales se incorporan al funcionamiento del sistema familiar a pesar de no ser adecuados al acontecimiento vital estresante que lo provoco, lo que le permite nuevamente alcanzar un equilibrio del sistema familiar. Siguiendo a Ackerman la familia, es la unidad básica de desarrollo y de experiencia, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. La familia es una especie de unidad de intercambio que tiende a estar en equilibrio gracias a un proceso de acciones y reacciones denominada dinámica familiar⁽²⁶⁾

La dinámica familiar es la colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia. La dinámica familiar, determina que cada uno de los integrantes cumplan con sus funciones dentro de la familia, además engloba la influencia sobre el paciente con cáncer de mama es por eso que los trastornos de la dinámica familiar, pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad para la adaptación ante esta crisis para normativa familiar así como que el paciente no tenga adherencia terapéutica. Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de las funciones familiares, en las áreas de autoridad, orden, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y los recursos familiares se puede dar una orientación para conservar la integridad familiar, mejorar la salud familiar dentro del núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva que permitan generar las acciones pertinentes para cumplir las funciones sociales que se esperan de la familia. Las características de la familia funcional tendrán entonces que ver con la estructura de la familia (completa e incompleta), bienestar, formas de intercambio afectivo, manera de resolver problemas, enseñanza de reglas (disciplina, valores o límites). La disfuncionalidad familiar como su nombre lo indica, hace alusión a los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar. Puede significar dolor, agresión, ausencia de bienestar, deterioro y posible desintegración.⁽²⁷⁾

De tal manera que Ackerman menciona que son seis los requisitos que debe de cumplir una familia para decir que existe funcionalidad: promover el alimento, el abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida, ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos, promover la identidad personal, ligada a la identidad familiar, ser el vínculo de identidad que proporciona la seguridad para enfrentar nuevas experiencias, promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura, promover la identidad social, que ayuda a aceptar la responsabilidad social, fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual. La familia funcional reconoce a cada miembro como autónomo. La estructura familiar es el conjunto de demandas funcionales que organiza la manera de interactuar de cada uno de los miembros de la familia, estos constituyen las pautas a través de la cual una familia funciona: los límites o fronteras, son las reglas que definen quienes pueden participar y como deberían de hacerlo dentro de un sistema o subsistema, es la que denomina el comportamiento de cada miembro, los límites individuales. Los límites definen los derechos de cada persona y de cada subsistema en la convivencia grupal. La jerarquía es el grado de autoridad que tiene un miembro sobre la conducta de los demás componentes del sistema. Los roles son las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social. La centralidad o territorio se refiere al espacio que ocupa cada integrante en un determinado contexto. La comunicación es el intercambio de información que contiene además un mensaje acerca de la relación entre las partes interactuantes. Las alianzas son la asociación positiva entre dos o más miembros del sistema familiar y es potencialmente neutra. La coalición es la asociación aliada entre dos o más miembros del sistema familiar, con la finalidad de oponerse a otra parte del sistema o a un miembro de la misma familia, colocándose en una posición combativa. La flexibilidad o adaptabilidad es la capacidad para facilitar un equilibrio entre estabilidad y cambio. Funcional se refiere a la utilidad de un patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo. En las familias funcionales existe un estado adecuado de salud en los miembros de la familia. La funcionalidad familiar es un proceso cambiante y ajustable continuamente. La familia funcional presenta límites claros, permeables, los cuales permiten que la familia y sus miembros puedan intercambiar información con otros sistemas sociales, al mismo tiempo que desarrollan su sentido de pertenencia. La jerarquía deberá darse entre padres y tutores los cuales, tendrán la función de brindar un ambiente de seguridad a sus hijos. Los roles deben tener la capacidad de ser intercambiados entre cada miembro. La comunicación clara y directa debe de ser la norma entre la familia para lograr un equilibrio de manera que permita la negociación y resolución de problemas. Las reglas deben ser explícitas y renegociadas a medida que la familia pasa por cada etapa del ciclo vital de manera que permitan el desarrollo familiar y la individualización de sus miembros. Las coaliciones no se permiten en una familia funcional. La flexibilidad y adaptabilidad les da un sentido de pertenencia y estabilidad ante los problemas internos y externos a los que se va enfrentando. ⁽²⁸⁾

Instrumento de recolección

El instrumento que se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama es la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel, la cual tiene un fundamento conceptual apoyado por el modelo sistémico. Dicha escala fue validada en 1987 como un instrumento cuantitativo por jueces de la UNAM. Alcanzó una confiabilidad de 0.91 con la prueba ALFA Cronbach de consistencia interna con los reactivos, lo cual es aceptable para este tipo de instrumentos. Fue aprobada en 1997 por el IFAC (Instituto de la Familia) y por la Universidad de Tlaxcala, siendo también aceptada por la Federación Mexicana de Salud Mental. Tiene su origen en el año de 1981 cuando el departamento de área clínica de la facultad de psicología de la UNAM a cargo, del Dr. Julian Mc Gregor y Sanchez Navarro invitaron a la Dra. Emma Espejel a participar en una investigación comunitaria, en la colonia Ruiz Cortinez de la zona sur del distrito federal. Se diseñó como una forma de evaluación sistémica de los 80 miembros de las familias de esta comunidad en colaboración con otros investigadores. Se elaboró un banco de preguntas pertenecientes a la exploración de cada una de las áreas de la familia que incluían: jerarquía, límites, modo de control de conducta, autonomía-dependencia, alianzas, territorio, centralidad, geografía y áreas de psicopatología. De este banco de reactivos se escogieron 8 para cada área, mismos que fueron validados por cinco terapeutas familiares del instituto de la familia por medio de una escala de lickert. Los resultados obtenidos arrojaron una confiabilidad de 0.88. Sin embargo dicho cuestionario tardaba en ser realizado a todos los miembros de la familia o a la mitad más uno en un tiempo de 2 horas, posteriormente vinieron más investigaciones en el área norte y metropolitana de la ciudad de México para poder perfeccionar dicho cuestionario. Siendo objeto de tesis en maestría en el área de psicología clínica de la facultad de psicología de la UNAM después de aplicarse a una muestra poblacional heterogénea de 60 familias y a una muestra de 26 familias clínicas y 24 no clínicas es decir con y sin patología. Obteniendo así la escala de funcionamiento familiar, la cual consta de 40 ítems, con buena discriminación y consistencia interna, con un alpha de cronbach de 0.91. El análisis factorial generó 9 factores principales a los cuales subyacen las áreas originales de la estructura y dinámica de la familia, los cuales son: autoridad y organización familiar, control y orden, supervisión, afecto positivo y valores, apoyo, manejo de conductas disruptivas, comunicación, manejo, afecto negativo (enojo no malestar) movilización de recursos (implica flexibilidad). Contiene también un familiograma además de datos socio demográficos y económicos de la vivienda, además cuenta con un espacio para observaciones. Las características de la escala de calificación son las siguientes: cada reactivo se evalúa en una escala ordinal de 4 categorías asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma y la tipología familiar. La escala evalúa la estructura familiar es decir, la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía. ⁽²⁹⁾
Ver instrumento en anexo (Anexo 4, 5, 6, 7, 8,9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social?

JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad el cáncer de mama ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias malignas que afectan al sexo femenino ,ocasionando miles de muertes anuales no solo en México si no a nivel mundial. Es un padecimiento la mayoría de las veces curable si se detecta a tiempo, sin embargo una vez instaurada la enfermedad llega no solo a afectar a la paciente al momento del diagnostico y durante el curso de la patología sino a todo su entorno familiar, poniendo muchas veces a prueba la fortaleza y capacidad de la familia como institución para poder afrontar dicha crisis. Es por eso que la capacidad de adaptación y flexibilidad del sistema familiar para generar mecanismos que ayuden a afrontar las crisis no esperadas resulta un factor determinante en la evolución del padecimiento, apego farmacológico y respuesta terapéutica El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó la escala de evaluación de funcionalidad familiar de la Dra. Emma Espejel validada en población mexicana y con un alto nivel de confiabilidad. Al aplicarse dicha escala se obtienen conocimientos de las áreas en las cuales puede existir disfunción familiar y de esta forma el profesional de la salud puede coadyuvar durante el proceso de diagnostico, tratamiento y seguimiento del padecimiento tanto en el aspecto medico como en el del adecuado funcionamiento familiar. Logrando esto mediante la realización de estudios de salud familiar y con la aportación de un diagnóstico de salud familiar que pueda coadyuvar en la realización de intervenciones en áreas donde exista mayor disfunción familiar, para que una vez habiendo identificado dichas áreas pueda apoyarse de un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud dentro de los que se incluya: nutriólogos, oncólogos, psicó oncólogos, terapeutas familiares, psiquiatras, etc. Lo anterior con el fin de otorgar un manejo integral a las pacientes y a los miembros de sus familias, contribuyendo así a la creación de mejores redes de apoyo, ya que se ha observado que las pacientes portadoras de cáncer de mama tienen un mayor apego terapéutico y con esto mejores resultados al momento de la lucha contra el cáncer cuando cuentan con adecuadas redes de apoyo, siendo la más importante su propia familia.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

HIPÒTESIS

Hipótesis:

Se realizó hipótesis por motivos de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes:

Hipótesis Nula (H0):

Las familias de las pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social **no son funcionales.**

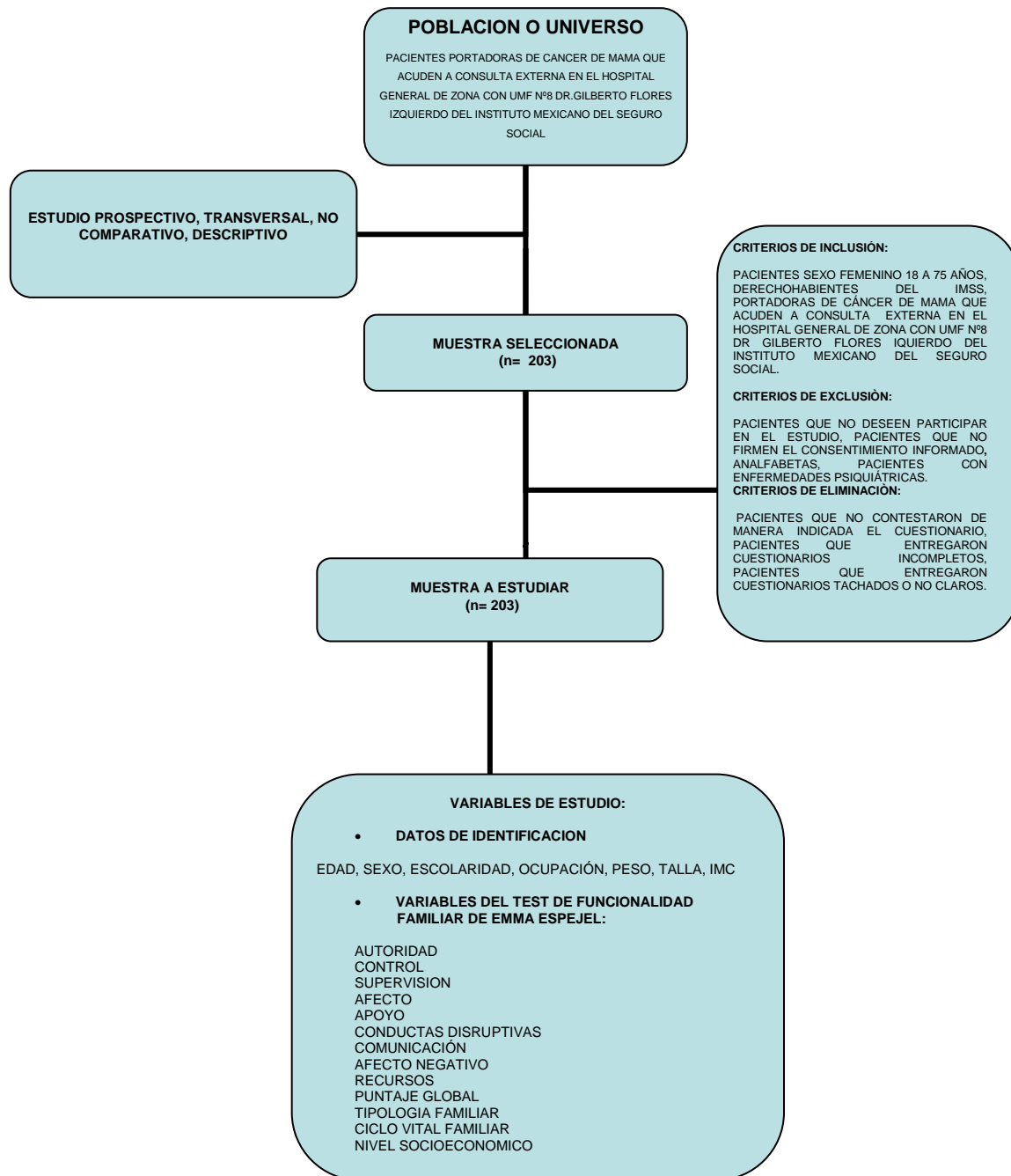
Hipótesis Alternativa (H1):

Las familias de las pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social **son funcionales**

MATERIALES Y MÉTODOS

- Tipo de estudio según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- Tipo de estudio según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- Tipo de estudio según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- Tipo de estudio según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Olamendi Medina Dennis Leticia

POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó a pacientes portadoras de cáncer de mama que acuden a la consulta externa en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se efectuó en el servicio de consulta externa en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Localizado en Av. Rio Magdalena No. 289 Col. Tizapán C.P.01090 delegación Álvaro obregón, México Distrito Federal. Es una población urbana, se realizó de marzo del 2012 a febrero 2014.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica se calculó en base a su prevalencia, requirió de 203 pacientes portadoras de cáncer de mama con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0,25 con amplitud total del intervalo de confianza de 0,10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

$$N = \frac{4Z^2 \alpha^2 p (1-p)}{w^2}$$

n=número de individuos requeridos

Z alfa=Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

p=proporción esperada

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

w=Amplitud del intervalo de confianza

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes sexo femenino 18 a 75 años
- Derechohabiente del IMSS
- Portadoras de cáncer de mama
- Acuden a consulta al servicio de consulta externa en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- Analfabetas
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no contestaron de manera indicada el cuestionario
- Pacientes que entregaron cuestionarios incompletos
- Pacientes que entregaron cuestionarios tachados o no claros

LISTA DE VARIABLES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- 1) Edad del paciente
- 2) Sexo del paciente
- 3) Ocupación
- 4) Escolaridad
- 5) Peso
- 6) Talla
- 7) IMC del paciente

VARIABLES DE DEL TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL

1. Autoridad
2. Control
3. Supervisión
4. Afecto
5. Apoyo
6. Conductas disruptivas
7. Comunicación
8. Afecto negativo
9. Recursos
10. Puntaje global
11. Tipología familiar
12. Ciclo vital familiar
13. Nivel socioeconómico

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: **PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER DE MAMA**

Variable dependiente: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

EDAD: Número de años cumplidos.
SEXO: El género de un individuo.
OCUPACIÓN: Oficio ò profesión de una persona que desempeña para generar un sustento.
ESCOLARIDAD: Grado de estudios con los que cuenta un individuo.
PESO: Parámetro cuantitativo para la valoración de crecimiento, desarrollo y estado nutricional de un individuo.
TALLA: Estatura de una persona medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.
IMC: Es la relación del peso expresado en kilos entre la talla, expresada en metros y elevada al cuadrado.
AUTORIDAD: Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.
CONTROL: Evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control y conducta. Considera como funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.
SUPERVISION: Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de las normas y comportamiento.
AFECTO: Evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.
APOYO: Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.
CONDUCTAS DISRUPTIVAS: Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.
COMUNICACIÓN: Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.
AFECTO NEGATIVO: Evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.
RECURSOS: Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas, y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.
PUNTAJE GLOBAL: resultado de la sumatoria resultante de la Escala de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel.
TIPOLOGIA FAMILIAR: Es la identificación y clasificación de los elementos que integran a la familia, ubicándola en un contexto determinado.
CICLO VITAL FAMILIAR: Concepto ordenador que permite entender la evolución secuencial de las familias y las crisis normativas por las que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.
NIVEL SOCIOECONOMICO: Suma de ingresos económicos que aportan los miembros de la familia. Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valor
EDAD	Cuantitativa	Discreta	Años
SEXO	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2.Femenino
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal	1.-Hogar 2.- Empleada 3.- Pensionada
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Nominal	1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria 4.- Licenciatura
PESO	Cuantitativa	Discreta	kilogramos
TALLA	Cuantitativa	Discreta	Centímetros
IMC	Cualitativa	Ordinal	M ² SC
CLASIFICACIÓN OMS:	Cualitativa	Nominal	1.Normal 18.5-24.9 2.Sobrepeso 25-29.9 3.Obesidad grado I 30.0-34.9 4.Obesidad grado II 35.0-39.9 5.Obesidad extrema III ≥ 40
AUTORIDAD	Cualitativa	Ordinal	<33 Disfuncional >33 Funcional
CONTROL	Cualitativa	Ordinal	<25 Disfuncional >25 Funcional
SUPERVISION	Cualitativa	Ordinal	<14 Disfuncional >14 Funcional
AFECTO	Cualitativa	Ordinal	<21 Disfuncional >21 Funcional
APOYO	Cualitativa	Ordinal	<16 Disfuncional >16 Funcional

CONDUCTAS DISTUPTIVAS	Cualitativa	Ordinal	<23 Disfuncional >23 Funcional
COMUNICACIÓN	Cualitativa	Ordinal	<30 Disfuncional >30 Funcional
AFECTO NEGATIVO	Cualitativa	Ordinal	<13 Disfuncional >13 Funcional
RECURSO	Cualitativa	Ordinal	<20 Disfuncional >20 Funcional
PUNTAJE GLOBAL DE ESCALA EMMA ESPEJEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cualitativa	Ordinal	<132 Familia disfuncional >132 Familia funcional
TIPOLOGIA FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	CAMFOIPS, 2005: 1.Nuclear 2.Nuclear simple 3.Nuclear numerosa 4.Reconstruida 5.Monoparental 6.Monoparental extendida 7.Monoparental extendida compuesta 8.Extensa 9.Extensa compuesta 10.No parental
CICLO VITAL FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	Clasificación de Geyman: 1.Matrimonio 2.E. Expansión 3. Dispersión 4.Independencia 5.Retiro y muerte
NIVEL SOCIOECONOMICO	Cualitativa	Ordinal	Método de Graffar: 1.Alto (4-6 pts) 2.Medio alto (7-9 pts) 3.Medio bajo (10-12 pts) 4.Obrero (13-16 pts) 5.Marginal (17-20 pts)

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó frecuencia y porcentajes para variables cualitativas, se estimó medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El instrumento que se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama fue la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel, la cual tiene un fundamento conceptual apoyado por el modelo sistémico. Dicha escala fue validada en 1987 como un instrumento cuantitativo por jueces de la UNAM. Alcanzó una confiabilidad de 0.91 con la prueba ALFA Cronbach de consistencia interna con los reactivos, lo cual es aceptable para este tipo de instrumentos. Fue aprobada en 1997 por el IFAC (Instituto de la Familia) y por la Universidad de Tlaxcala, siendo también aceptada por la Federación Mexicana de Salud Mental. Tiene su origen en el año de 1981 cuando el departamento de área clínica de la facultad de psicología de la UNAM a cargo, del Dr. Julian Mc Gregor y Sanchez Navarro invitó a la Dra. Emma Espejel a participar en una investigación comunitaria, en la colonia Ruiz Cortinez de la zona sur del distrito federal. Se diseñó como una forma de evaluación sistémica de los 80 miembros de las familias de esta comunidad en colaboración con otros investigadores. Se elaboró un banco de preguntas pertenecientes a, la exploración de cada una de las áreas de la familia que incluían: jerarquía, límites, modo de control de conducta, autonomía-dependencia, alianzas, territorio, centralidad, geografía y áreas de psicopatología. De este banco de reactivos se escogieron 8 para cada área, mismos que fueron validados por cinco terapeutas familiares del instituto de la familia por medio de una escala de lickert. Los resultados obtenidos arrojaron una confiabilidad de 0.88. Sin embargo dicho cuestionario tardaba en ser realizado a toso los miembros de la familia o a la mitad más uno en un tiempo de 2 horas, posteriormente vinieron mas investigaciones en el área norte y metropolitana de la ciudad de México para poder perfeccionar dicho cuestionario .Siendo objeto de tesis en maestría en el área de psicología clínica de la facultad de psicología de la UNAM , después de aplicarse a una muestra poblacional heterogénea de 60 familias y a una muestra de 26 familias clínicas y 24 no clínicas es decir con y sin patología. Obteniendo así la escala de funcionamiento familiar, la cual consta de 40 ítems, con buena discriminación y consistencia interna, con un alpha de cronbach de 0.91. El análisis factorial genero 9 factores principales a los cuales subyacen las áreas originales de la estructura y dinámica de la familia , los cuales son: autoridad y organización familiar, control y orden , supervisión , afecto positivo y valores, apoyo, manejo de conductas disruptivas, comunicación manejo , afecto negativo(enojo no malestar) movilización de recursos (implica flexibilidad).Contiene también un familiograma además de datos socio demográficos y económicos de la vivienda, además cuenta con un espacio para observaciones. Las características de la escala de calificación son las siguientes: cada reactivo se evalúa en una escala ordinal de 4 categorías asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma y la tipología familiar. La escala evalúa la estructura familiar es decir, la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía. Ver instrumento en anexo (Anexo 4, 5, 6 ,7, 8,9)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN:

El instrumento que se utilizó fue el Test de Funcionalidad de Emma Espejel a la paciente portadora de cáncer de mama a través de una entrevista clínica directa de manera personal o en grupo en la que se obtuvo los datos de la ficha de identificación mientras esperan pasar a la consulta externa del

Para la aplicación del instrumento se requirió máximo de una hora para contestarlo, se suspendió después de dicho lapso de tiempo y si alguno de los participantes tuvo alguna deficiencia visual que le impidió contestarlo.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGSOS:

CONTROL DE SEGSOS DE INFORMACIÒN:

- Las fuentes de informaciòn deben ser similares para todas las participantes.
- Los participantes no deben ser conscientes de las hipótesis específicas de la investigación.
- Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados.

CONTROL DE SEGSOS DE SELECCIÒN:

- Evaluar cuidadosamente las implicaciones en la selecciòn de los participantes para el estudio.
- Utilizar los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio
- Elegir los grupos de estudio que son representativos de la poblaciòn.

CONTROL DE SEGSOS DE ÀNALISIS:

- Registrar y analizar los datos de manera correcta.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados y extrapolaciones

CONTROL DE SEGSOS DE MEDICIÒN:

- Realizar un cuestionario bien elaborado con preguntas adecuadas, concisas y bien redactadas

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



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

“TÍTULO DEL PROYECTO: IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF N°8 DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

2012 - 2013

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO					X							
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X					
RECURSOS								X				
BIBLIOGRAFIA									X			
ASPECTOS GENERALES										X		
ACEPTACION											X	X

2013 - 2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSION DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

RECURSOS HUMANOS: Investigador, aplicador de instrumentos, recolector de datos, pacientes entrevistados.

FISICOS: Se utilizó el área de espera de la consulta externa en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social”

FINANCIAMIENTO: Los recursos utilizados se proporcionaron por el autor.

MATERIALES: se utilizó laptop con sistema operativo Windows 7, hojas, fotocopias, impresora, lapiceros, USB.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975. Así mismo se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interfería de ningún modo con la relación médico/paciente. Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito de la paciente portadora de cáncer de mama que asisten al servicio de consulta externa en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social, manejándose toda la información de manera confidencial y con fines de investigación. El consentimiento informado se encuentra en anexos.

(Ver anexo 10)

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

- Se estudió un total de 203 pacientes del sexo femenino con diagnóstico de cáncer de mama.
- Se observó una media de edad de 55 años, valor mínimo de 29 años, valor máximo de 69 años, moda de 57 años, mediana de 56 años y desviación estándar de 7.176 años.
- En el rubro de ocupación se encontró que: 54 (26.6%) pacientes se dedican al hogar, 102 (50.2%) pacientes están empleadas mientras que 47 (23.2%) pacientes se encuentran pensionadas.
(Ver tabla 1, gráfica 1)
- En el área de escolaridad se analizó: a 44 (21.7%) pacientes que cursaron hasta nivel secundaria, 43 (21.2%) pacientes preparatoria y 116 (57.1%) pacientes licenciatura.
(Ver tabla 2, gráfica 2)
- En cuanto al nivel socioeconómico se observó que: 45 (22.2%) pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo, 49 (24.1%) pacientes medio alto en tanto que 109 (53.7%) pacientes cuentan con un nivel socioeconómico alto.
(Ver tabla 3, gráfica 3)
- En el apartado de índice de masa corporal se analizó: a 19 (9.4%) pacientes en índice de masa corporal normal, 98 (48.3%) pacientes en sobrepeso y 86 (42.4%) pacientes en obesidad grado II.
(Ver tabla 4, gráfica 4)
- En cuanto al rubro de edad se encontró: a 1 (0.5%) paciente en el rango de 20 a 30 años de edad, 4 (2.0 %) pacientes entre 31 a 40 años de edad, 46 (22.7%) pacientes entre 41 a 50 años de edad, 106 (52.2%) pacientes entre 51 a 60 años mientras que 46 (22.7%) pacientes se ubicaron en el rango de 61 a 70 años de edad.
(Ver tabla 5, gráfica 5)
- En el apartado de tipología familiar se observó que: 149 (73.4%) pacientes pertenecen a familias nucleares simples en tanto que 54 (26.6%) pacientes pertenecen a familias extensas.
(Ver tabla 6, gráfica 6)

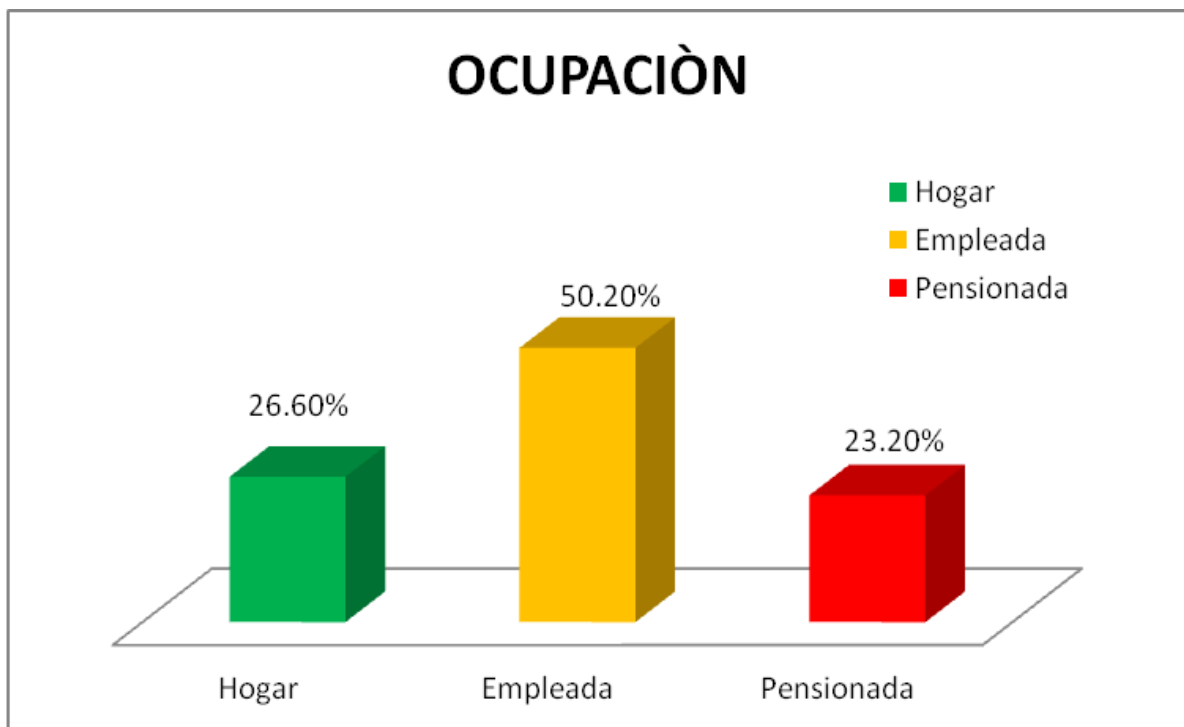
- En cuanto a etapa del ciclo vital se analizó: a:69 (34%) pacientes en fase de retiro y muerte mientras que 134 (66%) pacientes se ubicaron en fase de independencia
(Ver anexo tabla 7, gráfica 7)
- En el rubro de control se ubicó: a 39 (19.2%) pacientes funcionales y 164 (80.8%) pacientes disfuncionales.
(Ver tabla 8, gráfica 8)
- En el área de autoridad se observó: a 144 (70.9%) pacientes funcionales mientras que 59 (29.1%) pacientes se ubicaron en el rubro de disfuncionales.
(Ver tabla 9, gráfica 9)
- En el apartado de supervisión se analizó: a 118 (58.1%) pacientes funcionales y 85 (41.9%) pacientes disfuncionales.
(Ver tabla 10, gráfica 10)
- En el rubro de afecto se encontró: a 126 (62.1%) pacientes como funcionales y 77 (37.9 %) pacientes disfuncionales.
(Ver tabla 11, gráfica 11)
- En el apartado de apoyo se observó: a 96 (47.3%) pacientes como funcionales y 107 (52.7%) pacientes disfuncionales.
(Ver tabla 12, gráfica 12)
- En cuanto a conducta disruptiva se analizó: a 80 (39.4%) pacientes funcionales mientras que 123 (60.6%) pacientes se ubicaron en el rubro de disfuncionales.
(Ver tabla 13, gráfica 13)
- En el área de comunicación se encontró: a 33 (16.3%) pacientes funcionales y 170 (83.7%) pacientes disfuncionales.
(Ver tabla 14, gráfica 14)
- En el rubro de afecto negativo se observó: a 16 (7.9%) pacientes funcionales en tanto que 187 (92.1%) pacientes se ubicaron como disfuncionales.
(Ver tabla 15, gráfica 15)
- En el área de recurso se analizó: a 60 (29.6%) pacientes funcionales mientras que 143 (70.4%) pacientes se ubicaron como disfuncionales.
(Ver tabla 16, gráfica 16)

- En cuanto al apartado de puntaje global se obtuvo; que 102 (50.2%) pacientes pertenecen a familias funcionales y 101 (49.8 %) pacientes a familias disfuncionales.
(Ver tabla 17, gráfica 17)
- En la relación de funcionalidad familiar y escolaridad se obtuvo en la categoría de funcionalidad familiar que: 22 (10.8%) pacientes contaban con escolaridad secundaria, 22 (10.8%) pacientes preparatoria y 58 (28.6%) pacientes licenciatura. Por otra parte en el rubro de disfunción familiar y escolaridad se analizó a: 22 (10.8%) pacientes que cursaron hasta nivel secundaria, 21 (10.3%) pacientes preparatoria y 58 (28.6%) pacientes licenciatura.
(Ver tabla 18, gráfica 18)
- En el conjunto de funcionalidad familiar y ocupación se observó; en el apartado de funcionalidad familiar a: 31 (15.3%) pacientes con ocupación hogar, 50 (24.6%) pacientes empleadas y 21 (10.3%) pacientes pensionadas. En cuanto al segmento de disfunción familiar y ocupación se analizó que: 23 (11.3 %) pacientes se dedican al hogar, 52 (25.6%) paciente están empleadas en tanto que 26 (12.8%) pacientes se encuentran pensionadas.
(Ver tabla 19, gráfica 19)
- En el segmento de funcionalidad familiar y nivel socioeconómico se analizó en el rubro de funcionalidad familiar lo siguiente: 23 (11.3%) pacientes pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo, 24 (11.8%) pacientes medio alto y 55 (27.1%) pacientes alto. Mientras que en el apartado de disfunción familiar y nivel socioeconómico se obtuvo que: 22 (10.8%) pacientes cuentan con nivel socioeconómico medio bajo, 25 (12.3%) pacientes medio alto en tanto que 54 (26.6%) pacientes se ubican en un nivel socioeconómico alto.
(Ver tabla 20, gráfica 20)
- En el apartado de funcionalidad familiar e índice de masa corporal se encontró en el conjunto de funcionalidad familiar que: 10 (4.9%) pacientes cuentan con índice de masa corporal normal, 57 (28.1%) pacientes se ubican en sobrepeso y 35 (17.2%) pacientes en obesidad grado II. Contrario al rubro de disfunción familiar e índice de masa corporal donde se analizó a 9 (4.4%) pacientes en índice de masa corporal normal, 41 (20.2%) pacientes en sobrepeso y 51 (25.1%) pacientes en obesidad grado II.
(Ver tabla 21, gráfica 21)

- TABLA 1

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Hogar	54	26.6
Empleada	102	50.2
Pensionada	47	23.2
Total	203	100

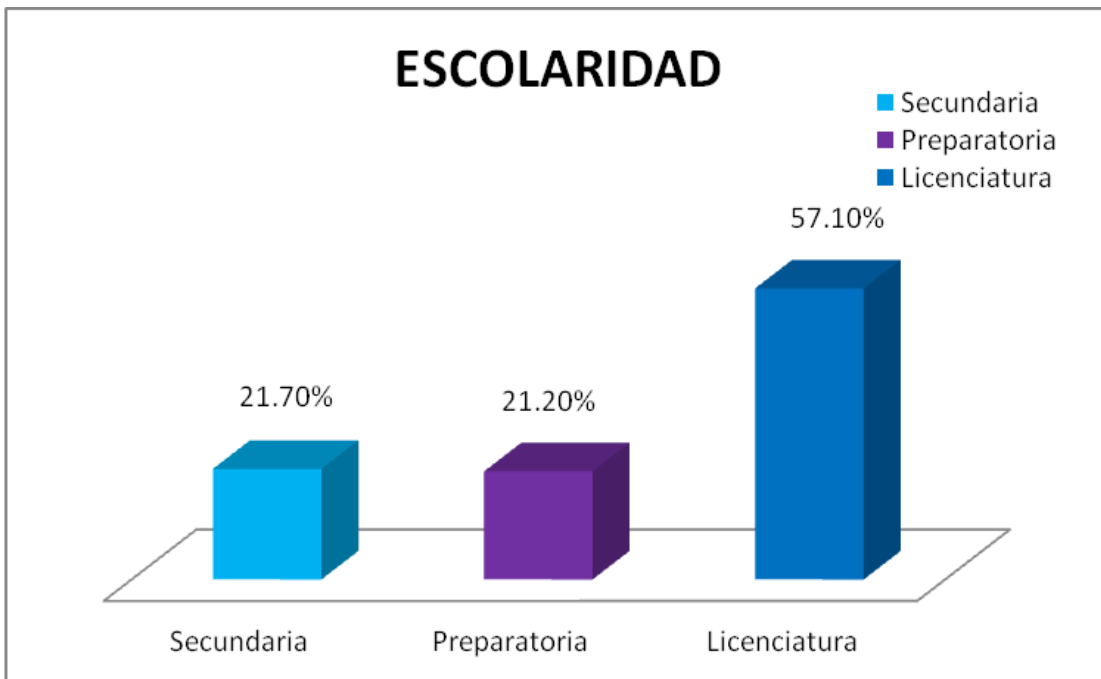


GRAFICA 1 OCUPACIÓN

- **TABLA 2**

FRECUENCIA DE ACUERDO A ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Secundaria	44	21.7
Preparatoria	43	21.2
Licenciatura	116	57.1
Total	203	100

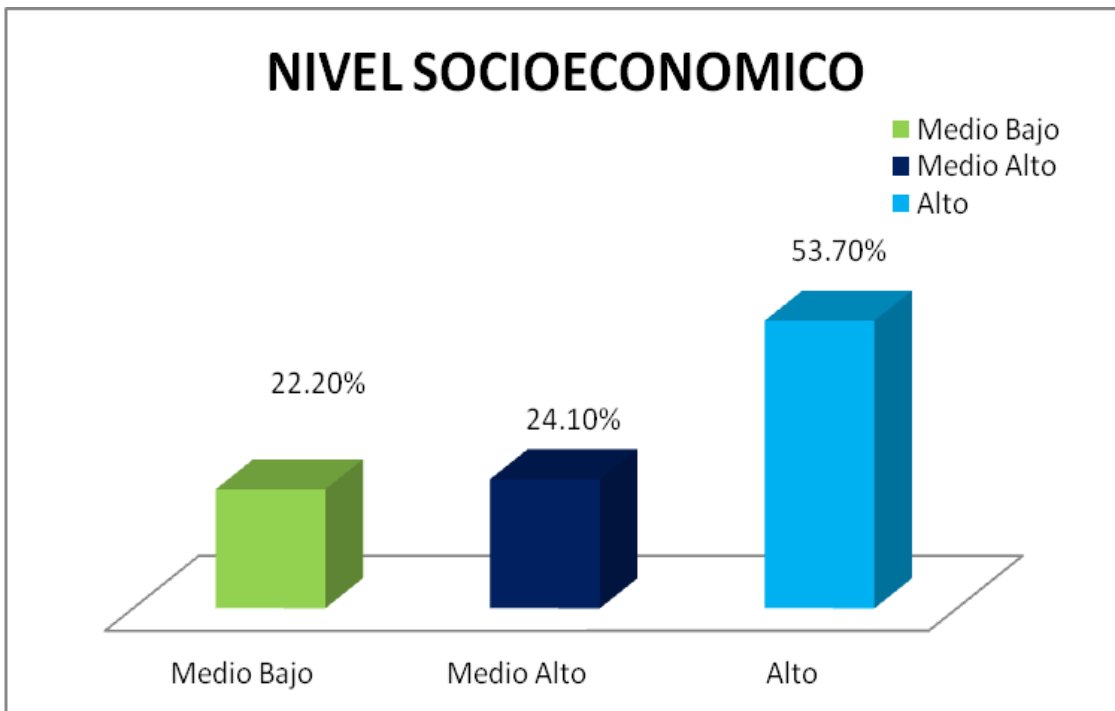


GRAFICA 2 ESCOLARIDAD

- **TABLA 3**

FRECUENCIA DE ACUERDO AL NIVEL SOCIOECONÓMICO

NIVEL SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Medio Bajo	45	22.2
Medio Alto	49	24.1
Alto	109	53.7
Total	203	100

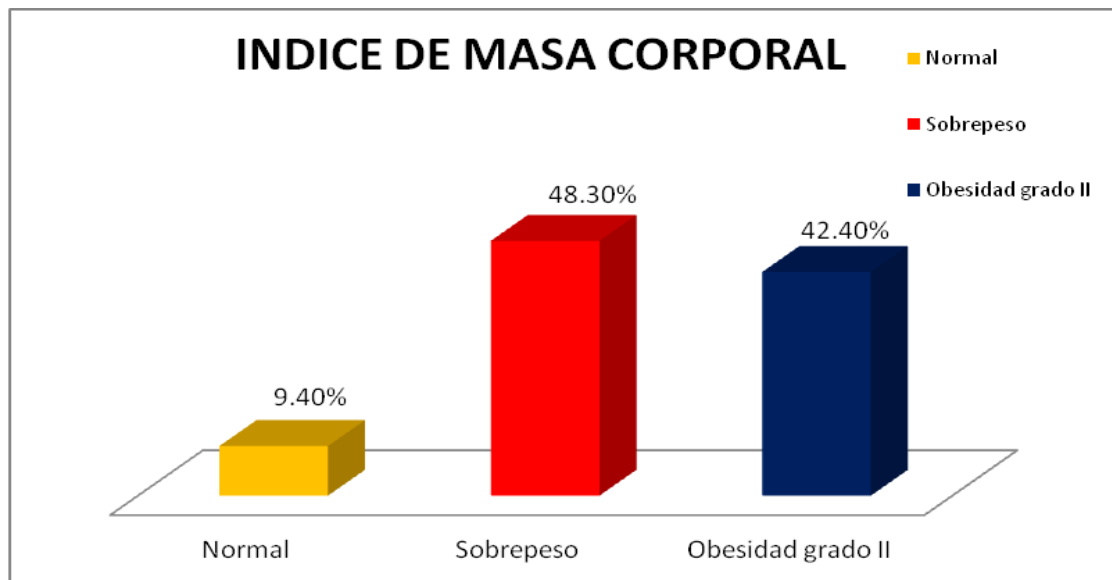


GRAFICA 3 NIVEL SOCIOECONOMICO

- TABLA 4

FRECUENCIA DE ACUERDO A INDICE DE MASA CORPORAL

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Normal	19	9.4
Sobrepeso	98	48.3
Obesidad grado II	86	42.4
Total	203	100

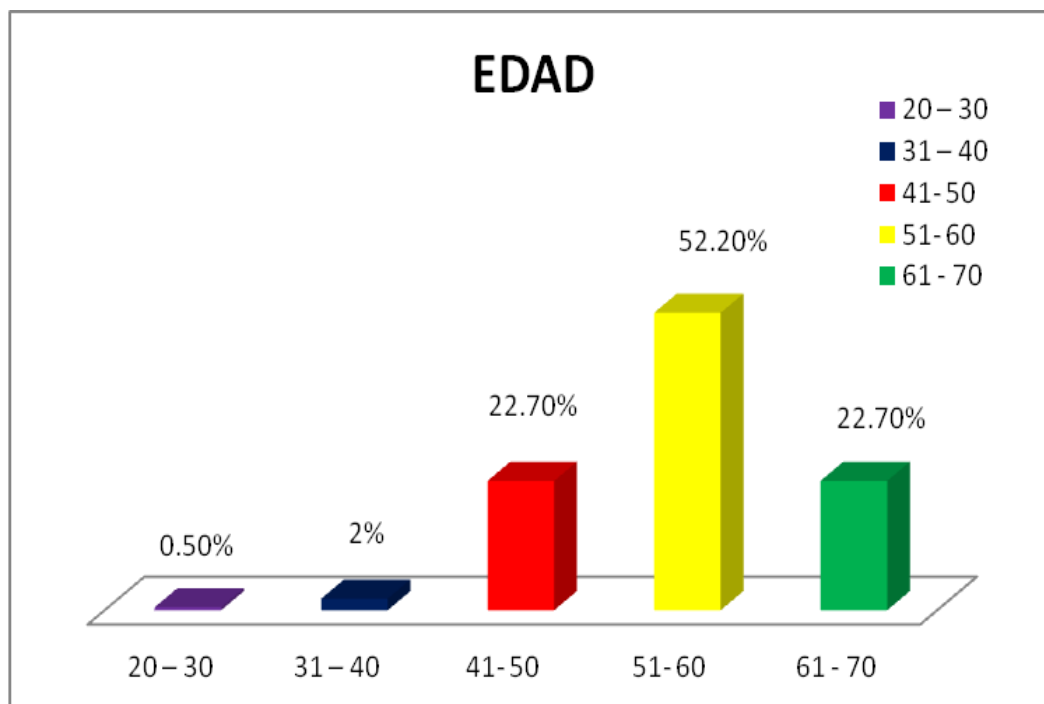


GRAFICA 4 INDICE DE MASA CORPORAL(IMC)

- TABLA 5

FRECUENCIA EN CUANTO A EDAD

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
20 – 30	1	0.5
31 – 40	4	2
41- 50	46	22.7
51- 60	106	52.2
61 - 70	46	22.7
TOTAL	203	100

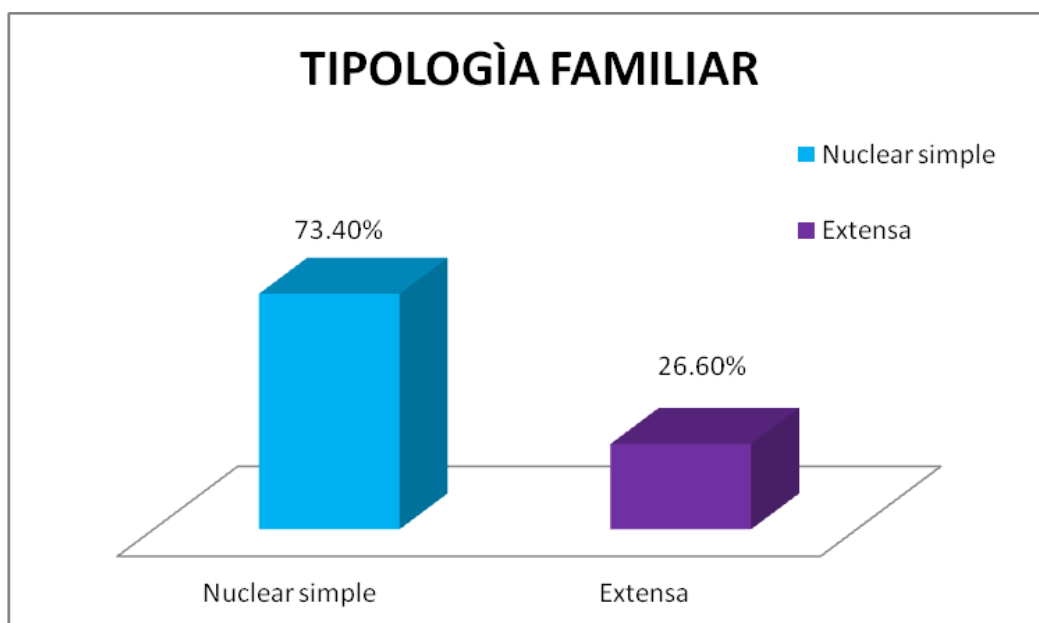


GRAFICA 5 EDAD

- TABLA 6

FRECUENCIA DE ACUERDO A TIPOLOGÍA FAMILIAR

TIPOLOGÍA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Nuclear simple	149	73.4
Extensa	54	26.6
TOTAL	203	100

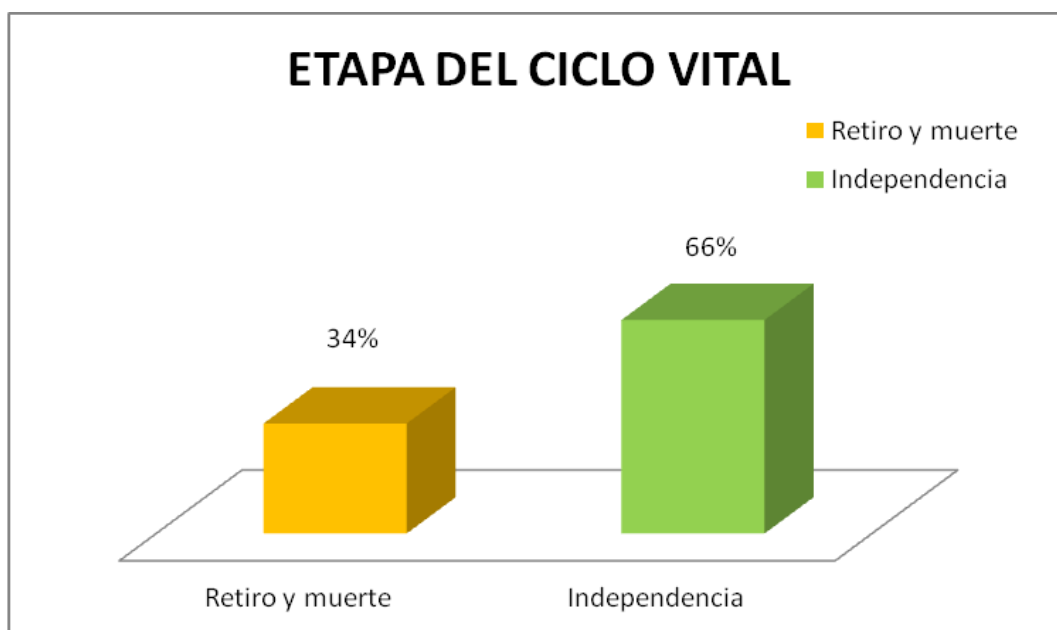


GRAFICA 6 TIPOLOGÍA FAMILIAR

- TABLA 7

FRECUENCIA EN CUANTO A ETAPA DEL CICLO VITAL

ETAPA DEL CICLO VITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Retiro y muerte	69	34
Independencia	134	66
TOTAL	203	100



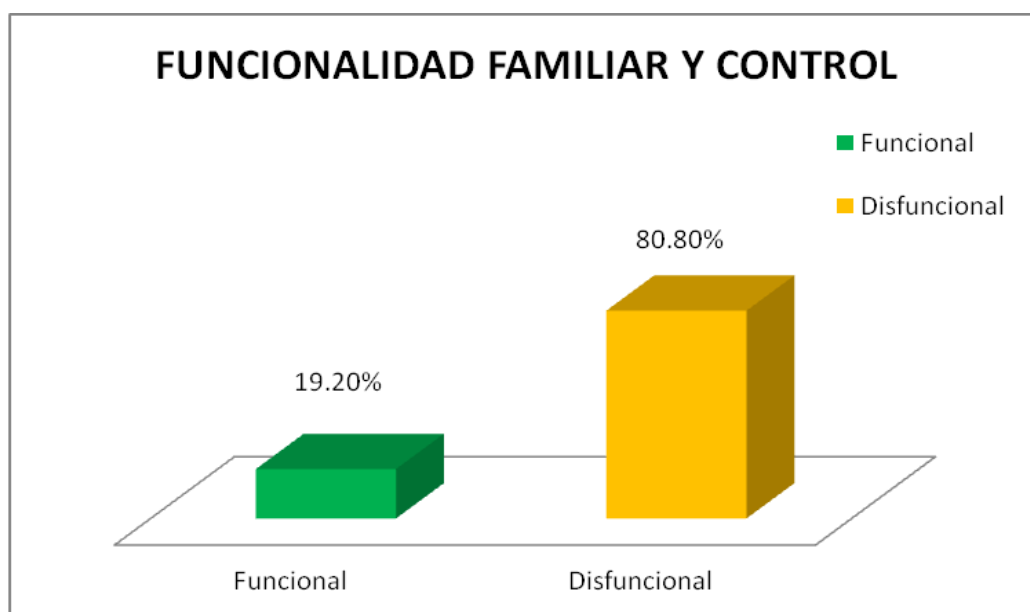
GRAFICA 7 ETAPA DEL CICLO VITAL

- **TABLA 8**

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL RUBRO DE CONTROL

CONTROL

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	39	19.2
Disfuncional	164	80.8
TOTAL	203	100



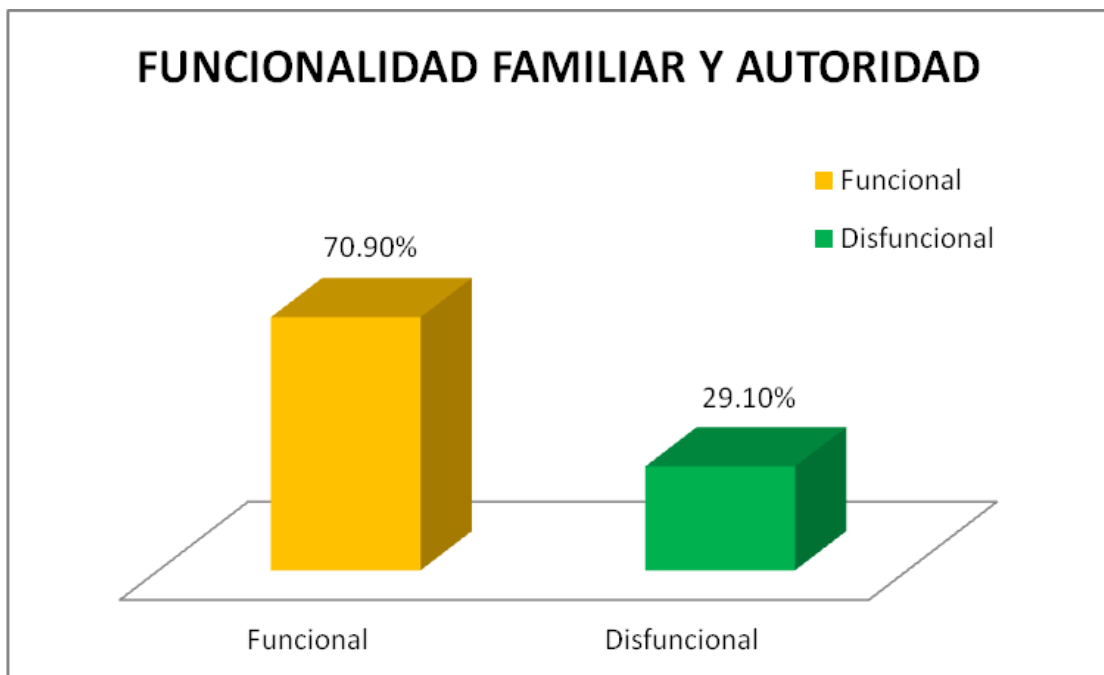
GRAFICA 8 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL

- TABLA 9

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL RUBRO DE AUTORIDAD

AUTORIDAD

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	144	70.9
Disfuncional	59	29.1
TOTAL	203	100



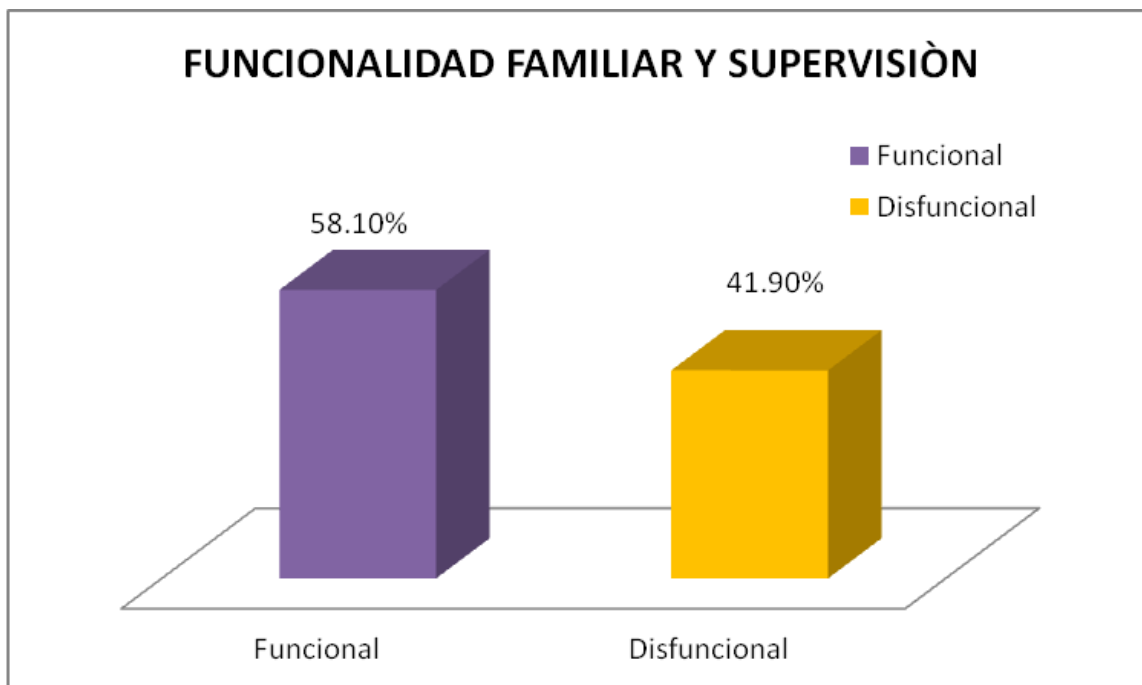
GRAFICA 9 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTORIDAD

- TABLA 10

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL RUBRO DE SUPERVISIÓN

SUPERVISIÓN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	118	58.1
Disfuncional	85	41.9
TOTAL	203	100



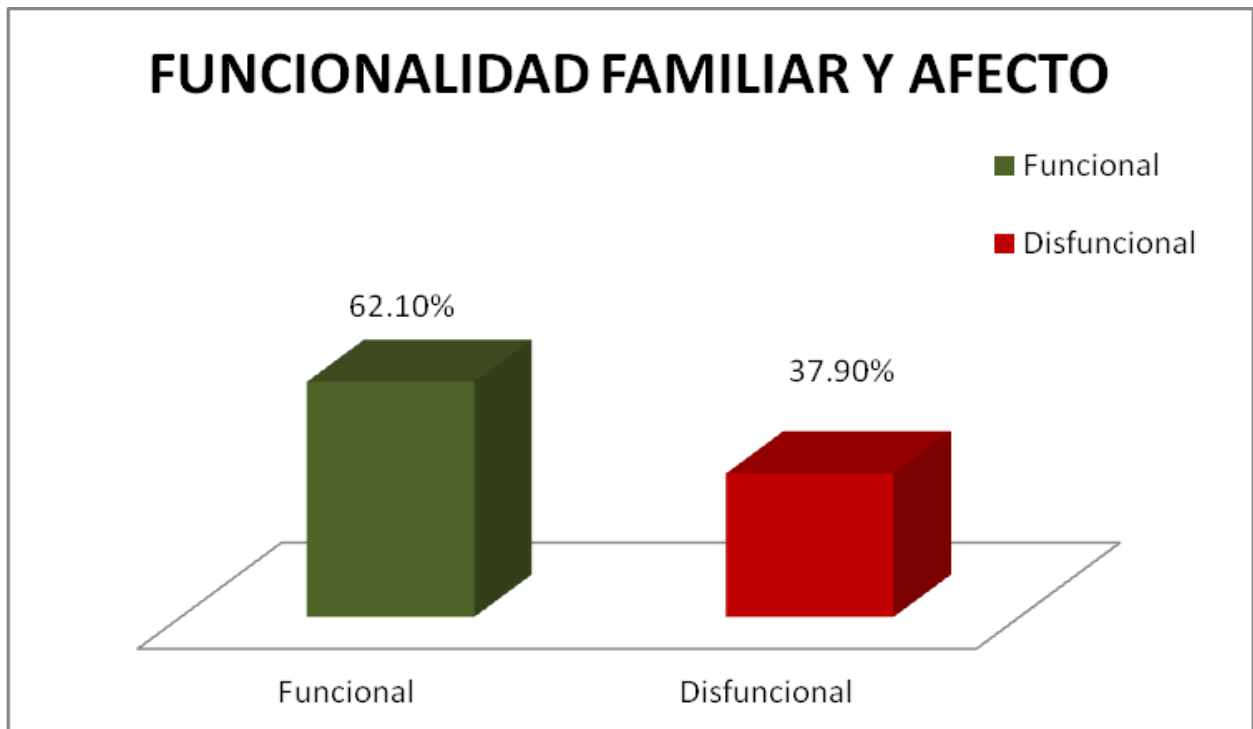
GRAFICA 10 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SUPERVISIÓN

- TABLA 11

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL RUBRO DE AFECTO

AFECTO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	126	62.1
Disfuncional	77	37.9
TOTAL	203	100



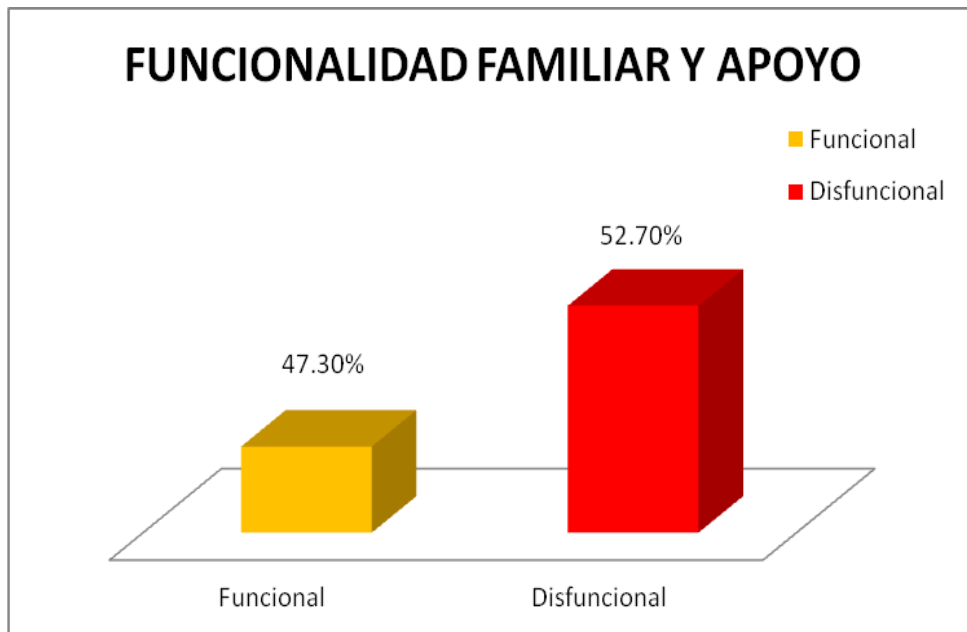
GRAFICA 11 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AFECTO

- TABLA 12

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL RUBRO DE APOYO

APOYO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	96	47.3
Disfuncional	107	52.7
TOTAL	203	100



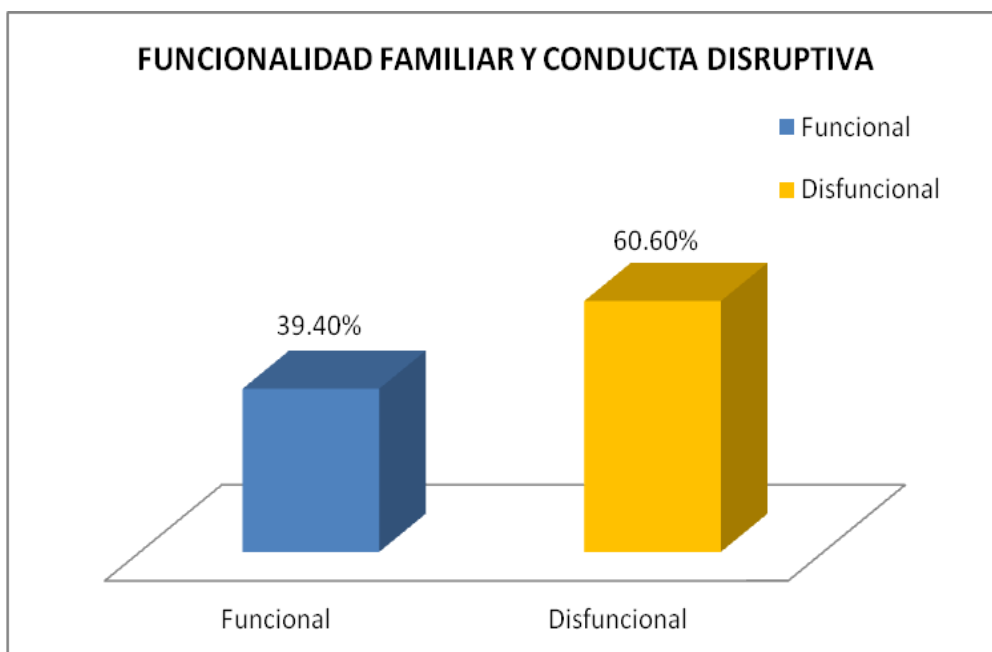
GRAFICA 12 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO

- **TABLA 13**

**FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL
RUBRO DE CONDUCTA DISRUPTIVA**

CONDUCTA DISRUPTIVA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	80	39.4
Disfuncional	123	60.6
TOTAL	203	100



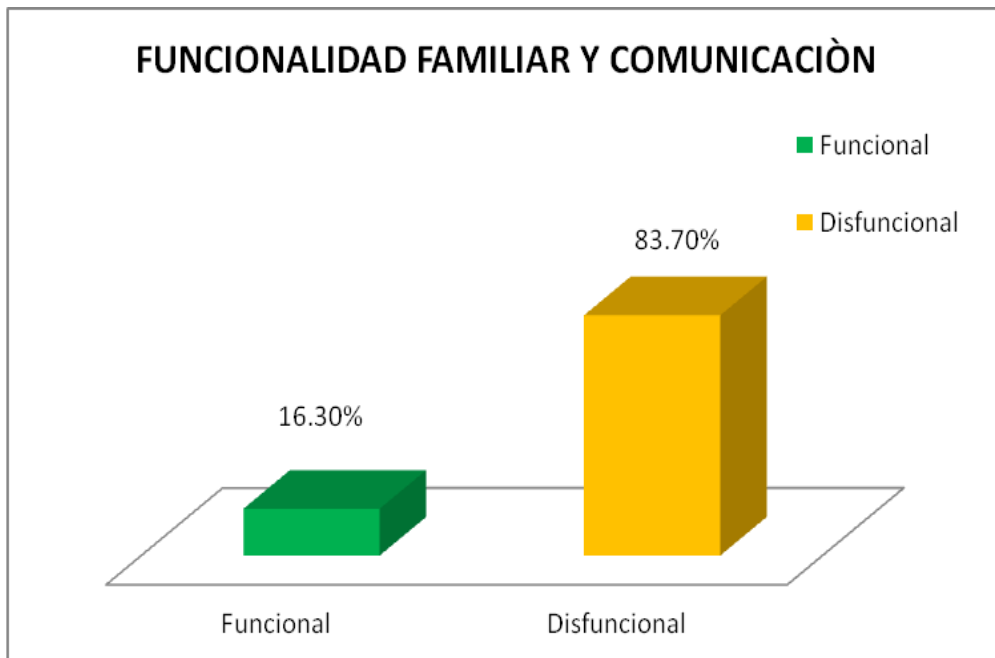
GRAFICA 13 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA DISRUPTIVA

- TABLA 14

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL RUBRO DE COMUNICACIÓN

COMUNICACIÓN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	33	16.3
Disfuncional	170	83.7
TOTAL	203	100



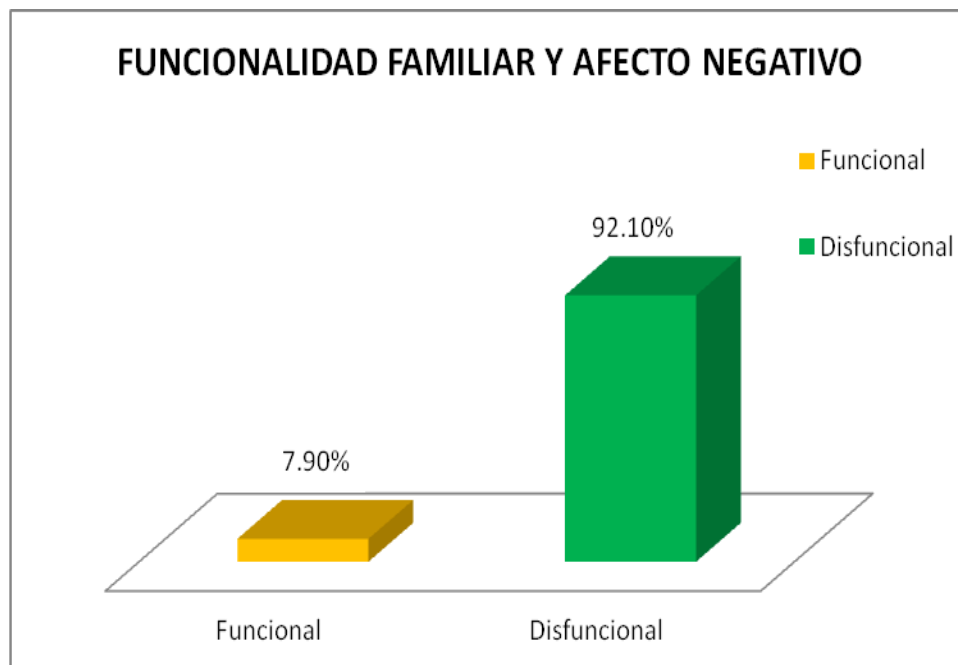
GRAFICA 14 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMUNICACIÓN

- TABLA 15

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL RUBRO DE AFECTO NEGATIVO

AFECTO NEGATIVO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	16	7.9
Disfuncional	187	92.1
TOTAL	203	100



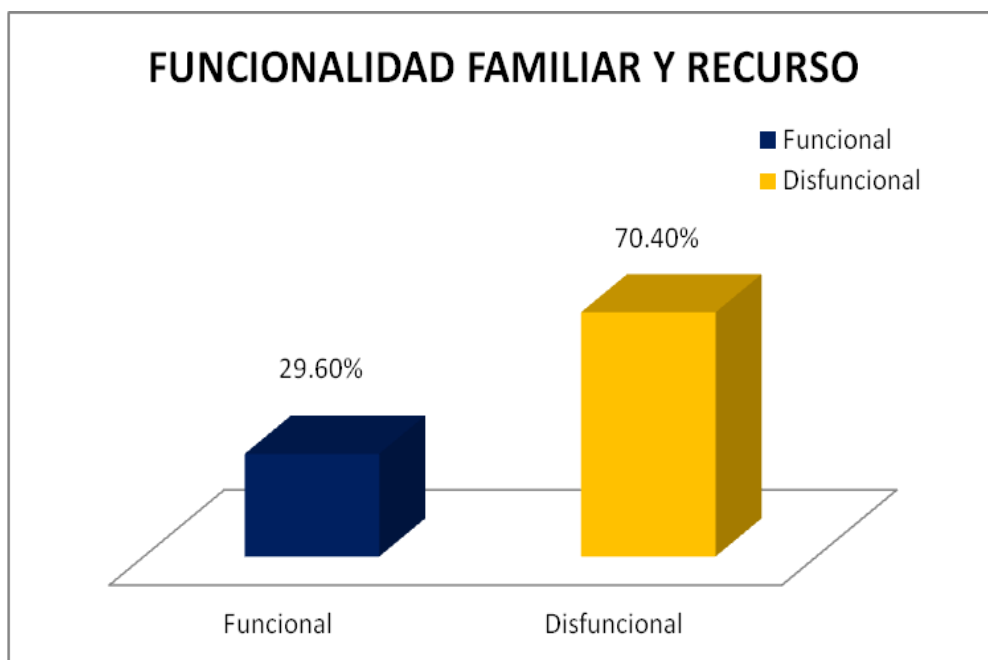
GRAFICA 15 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AFECTO NEGATIVO

- TABLA 16

**FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL
RUBRO DE RECURSO**

RECURSO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	60	29.6
Disfuncional	143	70.4
TOTAL	203	100



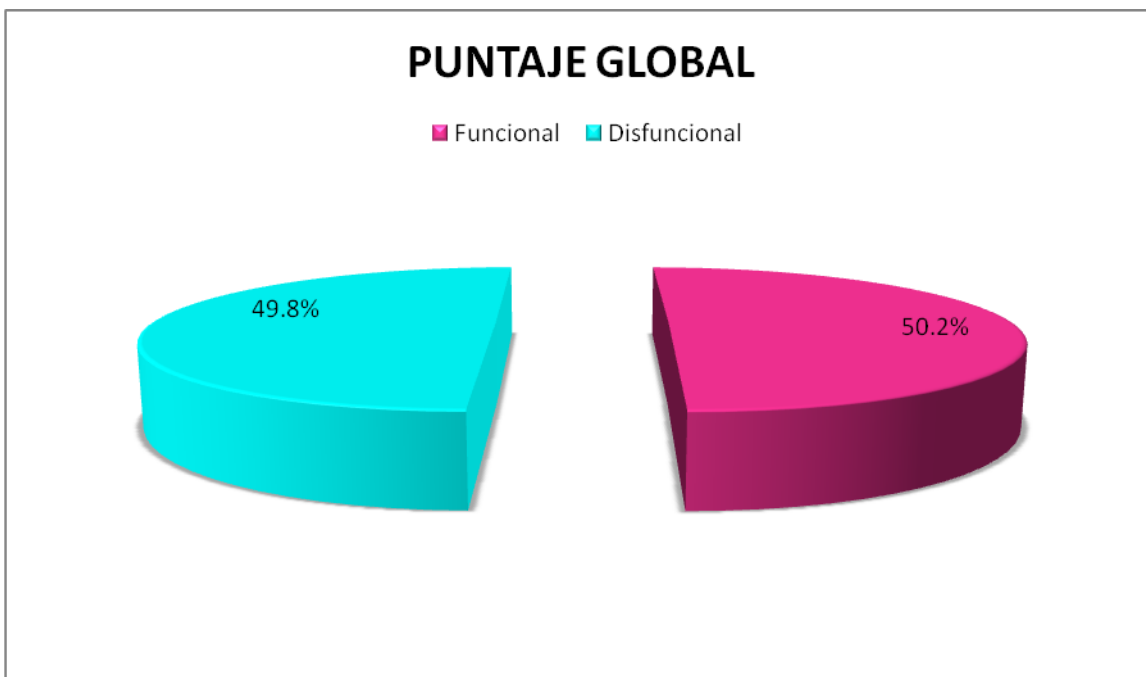
GRAFICA 16 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RECURSO

- TABLA 17

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL PUNTAJE GLOBAL

PUNTAJE GLOBAL

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Funcional	102	50.2
Disfuncional	101	49.8
TOTAL	203	100

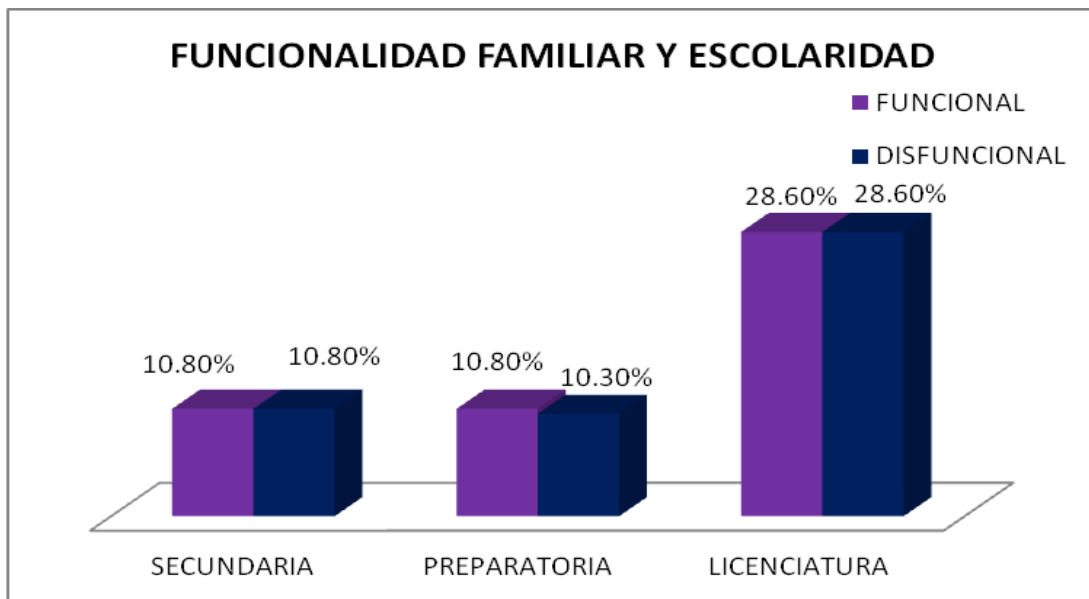


GRAFICA 17 PUNTAJE GLOBAL

- TABLA 18

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				TOTAL	
	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		FRECUENCIA	PORCENTAJE %
	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA	PORCENTAJE %		
SECUNDARIA	22	10.8	22	10.8	44	21.6
PREPARATORIA	22	10.8	21	10.3	43	21.1
LICENCIATURA	58	28.6	58	28.6	116	57.2
TOTAL	102	50.2	101	49.7	203	100

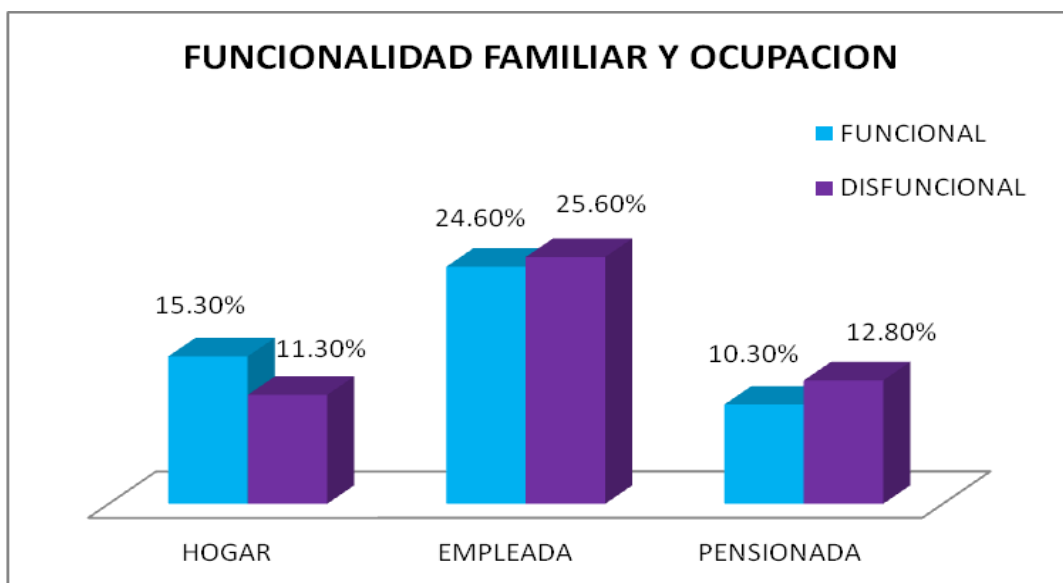


GRAFICA 18 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESCOLARIDAD

- TABLA 19

**FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO AL
RUBRO DE OCUPACIÓN**

OCUPACIÓN	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				TOTAL	
	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
HOGAR	31	15.3	23	11.3	54	26.6
EMPLEADA	50	24.6	52	25.6	102	50.2
PENSIONADA	21	10.3	26	12.8	47	23.1
TOTAL	102	50.2	101	49.7	203	100

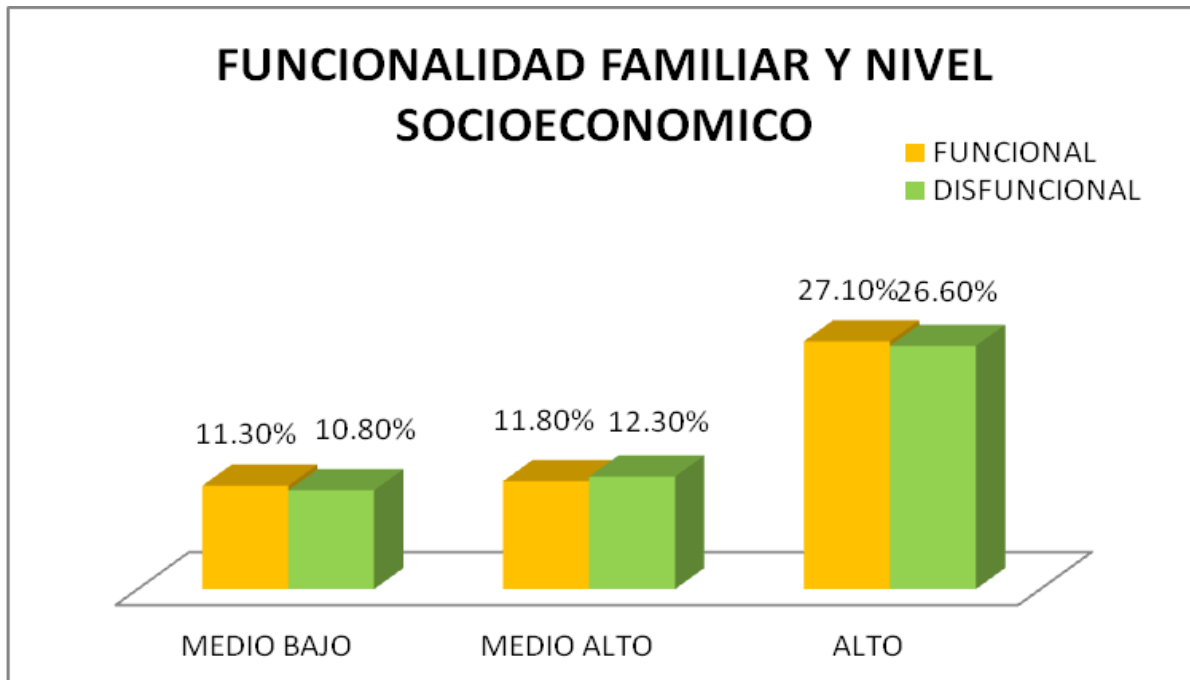


GRAFICA 19 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OCUPACIÓN

- **TABLA 20**

**FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO A
NIVEL SOCIOECONOMICO**

NIVEL SOCIOECONOMICO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				TOTAL	
	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MEDIO BAJO	23	11.3	22	10.8	45	22.1
MEDIO ALTO	24	11.8	25	12.3	49	24.1
ALTO	55	27.1	54	26.6	109	53.7
TOTAL	102	50.2	101	49.7	203	100

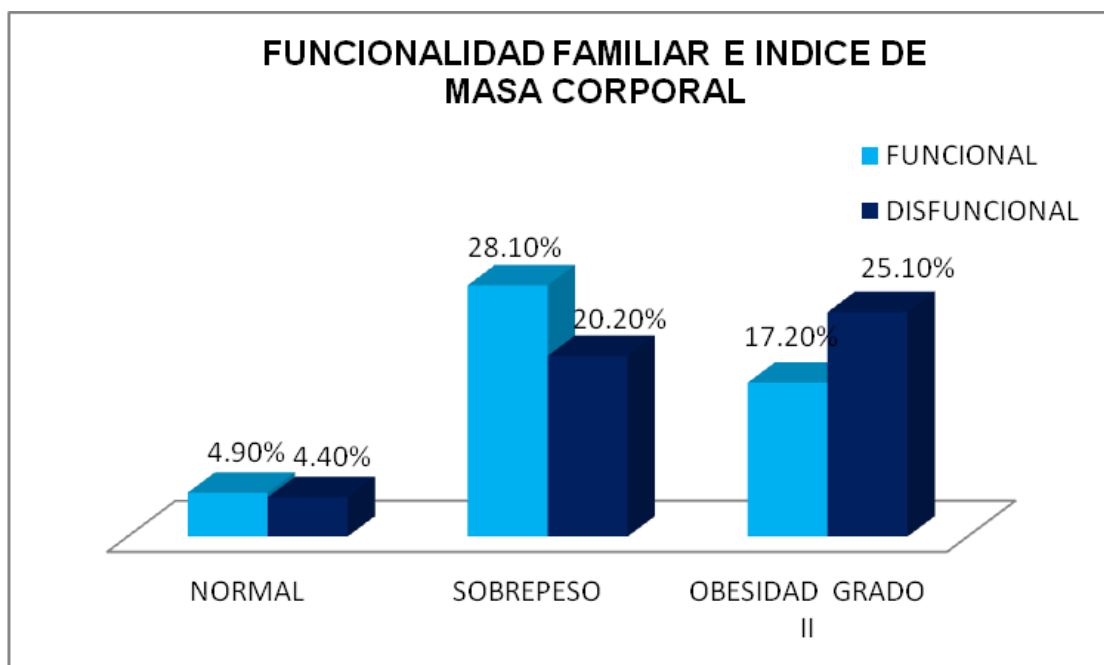


GRAFICA 20 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL SOCIOECONOMICO

- TABLA 21

**FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN CUANTO A
INDICE DE MASA CORPORAL**

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				TOTAL	
	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		FRECUENCIA	PORCENTAJE %
	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA	PORCENTAJE %		
NORMAL	10	4.9	9	4.4	19	9.3
SOBREPESO	57	28.1	41	20.2	98	48.3
OBESIDAD GRADO II	35	17.2	51	25.1	86	42.3
TOTAL	102	50.2	101	49.7	203	100



GRAFICA 21 FUNCIONALIDAD FAMILIAR E INDICE DE MASA CORPORAL

DISCUSIONES

De acuerdo a Romero Figueroa M. et al (México 2008) en su artículo “Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama” realizado en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria 231 del Instituto Mexicano del Seguro Social observaron; que el grupo etario más afectado por cáncer de mama fue de 50 a 59 años con un 53.4% de las pacientes. En nuestro estudio se observó una edad predominante de afección por cáncer de mama de 51 a 60 años con un 52.2% de la población estudiada, estableciendo así similitud en la relación rango de edad-cáncer de mama de ambos grupos. Lo anterior se debe en gran medida al estilo de vida y alimentación de la población mexicana es decir; dieta rica en grasas trans, carbohidratos, pobre consumo de fibra, sedentarismo, obesidad, alcoholismo y tabaquismo, factores de riesgo que aunados a la herencia y sexo favorecen el desarrollo de cáncer de mama.

Pollan Santamaría M. (Madrid 2001) en su estudio “ocupación, exposición laboral a radiaciones electromagnéticas y cáncer de mama” observó que el 95 % de su población estudiada se encontraba laboralmente activa al momento del diagnóstico de cáncer de mama comparando estos resultados con los obtenidos en nuestro estudio encontramos, a un 50.2 % de las pacientes portadoras de cáncer de mama con vida laboralmente activa , por lo tanto establecemos que un alto porcentaje de pacientes portadoras de cáncer de mama en ambos estudios se encontraron integradas a la vida laboral al momento del diagnóstico de cáncer de mama. Esta relación cáncer de mama – ocupación se debe en gran medida a que las mujeres con empleo descuidan más su salud a causa de diversos factores entre los que se incluyen: las actividades propias del hogar, el traslado al sitio laboral o bien la carga de trabajo, lo cual las lleva a acudir a los servicios de salud de manera tardía y cuando el cáncer de mama se encuentra en fases avanzadas disminuyendo así su supervivencia a largo plazo.

Ortiz-Rodríguez S. et al (México 2008) en su publicación “Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas” observaron; que el 42.1% de su población estudiada sufría de sobrepeso de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio se analizó que un 48.3% de las pacientes padecía de sobrepeso, comparando los resultados de ambos, podemos concluir que existe similitud en cuanto a la relación índice de masa corporal y cáncer de mama en los dos grupos Poblacionales. Lo anterior se debe a México ocupa los primeros lugares a nivel mundial en sobrepeso y obesidad debido a la educación en salud y al tipo de alimentación de la población en general, la cual consiste en su mayoría por gran consumo de grasas poli insaturadas, carbohidratos y azúcares refinados, así como el poco interés por dedicar tiempo a la realización de actividad física poniendo muchas veces como pretexto las jornadas laborales o las actividades dentro de la vida familiar como son el cuidado de los hijos o la atención a la pareja.

Cabrera Andrea y colaboradores (Madrid 2010) en su estudio "Impacto del cáncer en la dinámica familiar" analizaron que de su población española estudiada el 70% de las familias eran familias nucleares mientras que el 76 % de las pacientes de su población al final del estudio, refirieron percibir apoyo familiar relacionándolo con una mejor recuperación y motivación para seguir con el tratamiento. En relación a nuestro estudio se observó, que el 73.4% de las pacientes pertenecían a familias nucleares simples en tanto que solo el 47.3% percibieron recibir apoyo por parte de sus familias. Al analizar este hecho valdría la pena mencionar, que pese a que ambos grupos de familias se encontraron integradas por un núcleo compuesto por: papa, mama e hijos, al final del estudio refirieron no sentirse apoyadas por los integrantes de su familia, esto debido a que las pacientes resienten el hecho de dejar de ser ellas quienes cuiden de su familia y pasar a ser dependientes del cuidado de sus familiares, sintiéndose entonces como una carga para los mismos llevándolas a percibir un entorno de desanimo y falta de apoyo por parte de sus hijos y esposos al no sentirse útiles en la vida familiar ,generándoles entonces sentimientos de tristeza , enojo e impotencia los cuales ,terminan por influir en su modo de comportarse y tratar a los miembros de su familia, generando un ambiente de tensión ,enojo y resentimiento entre ambas partes. El cáncer influye tanto en el desarrollo como en la calidad de vida de la persona enferma y en muchos casos, a nivel de la estructura y dinámica familiar. La participación de la familia generalmente hace ampliar los lazos de redes sociales más complejas, concibiéndose como baluarte contra el aislamiento social y relacionándose a una salud mental y física más elevada. El apoyo marital realza la capacidad de los enfermos a hacer frente a su enfermedad con más eficacia, comprender el acontecimiento amenazador del cáncer, la motivación creciente en tomar nueva acción y reducir la ansiedad emocional que puede bloquear otros esfuerzos.

Nuestros resultados contribuyeron a la identificación de la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama en el "Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social"

El presente estudio mostró limitaciones dado que la muestra de nuestra población estudiada fueron pacientes que acudían al servicio de consulta externa en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social ya contaban con años de diagnostico del padecimiento en tanto que otras se encontraban con un recién diagnostico de cáncer de mama. Lo anterior muestra la diferencia de percepción en cuanto al tipo de crisis que se presentaba en cada una de las pacientes y sus familias es decir, las pacientes recién diagnosticadas junto con sus familias se encontraban enfrentando una crisis para normativa en el momento del estudio, en tanto que aquellas que cursaban con largo tiempo del diagnostico habían ya generado mecanismos de adaptación alrededor de su entorno familiar para poder hacer frente a la lucha contra el propio cáncer.

En cuanto al apartado de los sesgos encontrados en nuestro estudio se observó que al momento de aplicar la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel y después de haber explicado el objetivo del estudio, las pacientes mostraban gran interés por contestar la encuesta sin embargo y dado que muchas de ellas así como los integrantes de sus familias que las acompañaban disponían de poco tiempo por tener que realizar otras actividades como regresar a laborar e ir a recoger a sus hijos a la escuela, optaban por contestar de manera rápida las preguntas realizadas analizando de manera superficial las respuestas a otorgar, lo cual se vio reflejado al momento de calificar el cuestionario ya que en algunas encuestas se encontró incongruencia en la relación pregunta - respuesta.

La medicina familiar es una disciplina holística, integral, longitudinal que basa su funcionamiento en 4 ejes principales que son: asistencial, educativo, administrativo y de investigación. Al incluir la aplicación de los mismos en nuestro estudio se podría mencionar que el médico familiar como medico de primer contacto se debe encontrar capacitado y actualizado acerca de los principales padecimientos que aquejan a su población y así mismo mediante la identificación de factores de riesgo educar a los pacientes en el aspecto preventivo. En cuanto a cáncer de mama el médico familiar, deberá capacitar a su población femenina a cargo en la realización de autoexploraciones mamarias de manera mensual para así poder detectar oportunamente el cáncer, llevando a cabo esto a mediante la adecuada administración de su tiempo durante la consulta médica. Así mismo como investigador deberá actualizarse en los nuevos conocimientos y tratamientos médicos que surjan día a día con el objetivo de mejorar su desempeño medico en el área asistencial.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se identificó que las pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social en un 50.2% con familias funcionales y en un 49.8 % con familias disfuncionales. Se observó una diferencia de tan solo 0.2% en ambos grupos de familias predominando las familias funcionales sobre las disfuncionales, debido a esa mínima diferencia de porcentaje, observamos la necesidad de que como médicos familiares y siendo el objetivo de nuestra especialidad el estudio la familia nos enfoquemos en la creación de medidas estratégicas que eleven cada vez más la cifra de familias funcionales, contribuyendo así a la creación de mejores redes de apoyo para las pacientes portadoras de cáncer de mama, las cuales se encuentren integradas en su mayoría por miembros de su familia.

Se ubico a la población de nuestro estudio portadora de cáncer de mama en un rango de predominante de edad de 51 a 60 años en un 52.2% .Dato que guarda relación con la situación epidemiológica de la población con cáncer de mama. Lo anterior se debe a que en México, durante los últimos años la pirámide poblacional se ha invertido llevando así a una población predominantemente formada por personas en edad adulta y observándose ante este hecho un aumento en las cifras de los padecimientos que aquejan a este grupo de edad, entre los que se encuentran las enfermedades crónica degenerativas y los padecimientos oncológicos.

Sé observó como predominante en el rubro de índice de masa corporal a la obesidad en un 42.4% Y al sobrepeso en un 48.3% del total de las pacientes. Esto debido a que la población mexicana en general padece de sobrepeso y obesidad por los inadecuados hábitos higienicodieteticos que predominan en la misma.

Se analizó un predominio de nivel socioeconómico alto en el 53.7% de las pacientes, de escolaridad licenciatura con el 57.1% así como de ocupación empleada con el 50.2% Observándose relación en cuanto a lo descrito en la literatura mundial, acerca de que el cáncer de mama se presenta más en pacientes con ingresos altos así como en aquellas que pertenecen a un estrato socioeconómico alto y medio alto.

El tipo de familia que más predomino fue la nuclear simple en un 73.4%. Este tipo de familia junto con la familia extensa, componen la mayor parte de las familias mexicanas a diferencia de otros países donde los hijos abandonan pronto el hogar, en México permanecen junto a los padres viviendo bajo el mismo techo por durante varios años, incluso en la edad adulta. Pese a esto ,observamos que de las familias nucleares simples que predominaron en nuestro estudio, un 66% se encontraba en fase de independencia es decir, al menos alguno de los hijos había salido ya del hogar por motivo de estudios, de trabajo ò por haber formado ya su propia familia.

En cuanto al apartado de control se ubicó al 80.8% de las pacientes como disfuncionales. Situación alarmante ya que esto refleja que las pacientes y sus familiares estaban teniendo al momento del estudio problemas para poder responder y generar mecanismos adecuados de adaptación ante la lucha contra el cáncer de mama. De ahí la importancia de trabajar de manera integral con todos los miembros de la familia y no solo con las pacientes, para poder detectar el factor que está condicionando la falta de mecanismos compensatorios ante la crisis que implica el que la madre y cabeza de la familia padezca cáncer de mama.

En el conjunto de autoridad y supervisión se encontró un predominio de pacientes funcionales en un 70.9% y 58.1% respectivamente. Ambos resultados reflejan que las familias estudiadas presentan una adecuada eficiencia para poder determinar los roles que ejercen cada uno de sus miembros dentro de la misma, así como un adecuado cumplimiento de cada uno de sus integrantes en cuanto a las normas impuestas en la familia.

En relación al apartado de afecto, el 62.1% de las pacientes se analizaron como funcionales. Rubro que nos debe servir como pauta para seguir trabajando en el mantenimiento de las relaciones intrafamiliares, para beneficio no solo de las pacientes si no de cada uno de los miembros del núcleo familiar.

En conducta disruptiva el 60.6% de las pacientes se ubicaron como disfuncionales. Resultado que refleja la respuesta de los integrantes de la familia ante la crisis, lo cual los lleva a desarrollar conductas no aceptadas socialmente como son adicciones y entre las que se encuentran el alcoholismo y consumo de sustancias tóxicas principalmente. Situación que como médicos debemos detectar de manera oportuna para así evitar que dichas conductas terminen por afectar gravemente la salud de quienes las llevan a cabo y como consecuencia a todos los miembros de la familia.

En relación a afecto negativo el 92.1% de las pacientes refirieron ser disfuncionales finalmente en el apartado de recurso con un 70.4% se encontró un predominio de pacientes disfuncionales. Antes estos resultados observamos que la familia de un portador de cáncer particularmente de mama, requiere mayor atención por el carácter crónico y gravedad de la enfermedad, más allá del significado social y del impacto psicológico que representa para la mujer y sus familiares. La información y la comunicación abierta pueden promover a la familia y al paciente a apoyarse uno al otro, hablar uno con el otro, reducir ambigüedades, confusiones innecesarias y, esencialmente, poder compartir la soledad interna. Cuando tratamos a un grupo familiar, como microcosmos, estamos tratando de percibir su funcionamiento como unidad dinámica de cuidado y apoyo, dentro de los factores macro-económicos y sociales más amplios en los que la familia está inmersa.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se pudo comprobar la hipótesis alterna y se descarto la nula. Concluyéndose que las pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuentan en su mayoría con familias funcionales. Cumpliéndose con el objetivo de nuestra investigación: Identificar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta investigación podría obtener mejores resultados con un estudio multicéntrico doble ciego si se realizara en una población más amplia y durante un periodo mayor de tiempo. Se propone para quien desee continuar sobre esta línea de investigación realice una investigación en la cual se estudie el impacto de la enfermedad en la dinámica y funcionalidad familiar desde su diagnostico hasta el paso por los tratamientos neo adyuvantes y adyuvantes .Con esto se podrá observar el momento clave en el cuál el médico familiar deberá de actuar para poder ayudar a afrontar esta crisis con las mejores herramientas y así mantener un adecuado equilibrio y funcionamiento familiar ,para que de esta forma la familia pueda fungir como principal red de apoyo en las pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Knaul FM, López L, Lazcano E, Gómez H, Romieu I y Torres G. "Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud." Rev. Salud Pub 2009; (51):135-137
- 2.- American Cancer Society, 2009. "Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010". Atlanta. American Cancer Society, Inc. <http://www.cancer.org>
- 3.- Knaul FM, Arreola H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez O y Ávila L. "El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social". Rev Salud Púb 2009; (51):86-295.
4. - Boyle P. y Levin B. "World Cancer Report 2008", World Health Organization, International Agency for Research on Cancer" .Rev . Lion 2008
5. - Benson JR, Jatoi I, Keisch M, Esteva FJ, Makris A, Jordan VC. "Early breast cancer". Rev. Lancet 2009; (373): 1463-79.
- 6.- Reunión sobre Tratamiento Médico del Cáncer Mamario. Rev Gamo 2010; (1):9
- 7.- Normas Oficiales Mexicanas NOM-229-SSA1-2002 y NOM-041-SSA2-2002.
8. - AJCC Cancer Staging Manual.2009 (7): 419-460
9. - Skaane P. "Studies comparing screen-film mammography and full-field digital mammography in breast cancer screening: updated review". Rev. Acta Radiol 2009 ;(1):3-14.
10. - Weinstein S, Rosen M. Breast MR "imaging: current indications and advanced imaging techniques". Rev: Radiol Clin North Am 2010; (5):1013-42.
11. - Jansen SA, Shimauchi A, Zak L, Fan X, Wood AM, Karczmar GS, et al "Kinetic curves of malignant lesions are not consistent across MRI systems: need for improved standardization of breast dynamic contrast-enhanced MRI acquisition". Rev. AJR 2009; (193): 832–839.
12. - Rosen EL, Eubank WB, Mankoff DA "PET/CT, and breast cancer imaging". Rev. Radiographics 2007;(27):215-29.
- 13.- Perez-Sanchez VM, Vela-Chavez TA, Mora-Tiscareno A Diagnostico histopatológico y factores pronósticos en cáncer infiltrante de la glándula mamaria". Rev. Cancerologia 2008; (3): 7-17.
14. Kooistra B, Wauters C, Strobbe L ."Indeterminate breast fine-needle aspiration: repeat aspiration or core needle biopsy" .Rev. Ann Surg Oncol 2009 ;(2):16

15. - Edge SB, Byrd DR, Compton CC "AJCC Cancer Staging Manual". 7th Ed. New York, NY: Springer, 2010:347-76.
- 16.- Slodkowska EA, Ross JS ."Another milestone in personalized medical care for breast cancer patients". Rev.Mol Diagn 2009; (9):417-422
- 17.- Cutuli B, Lemanski C, Fourquet "Breastconserving surgery with or without radiotherapy vs mastectomy for ductal carcinoma in situ: French survey experience". Rev. Br J Cancer 2009; (100): 1048-1054
18. - Luini A, Rososchansky J, Gatti G "The surgical margin status after breast-conserving surgery: discussion of an open issue". Rev. Breast Cancer Res Treat 2009; (113): 397-402
19. - Zendejas V, Moriarty J P, O'Byrne J "Cost effectivenessof contralateral prophylactic mastectomy vs routine surveillance in patients with unilateral breast cancer". Rev.J Clin Oncol 2011;(29) :2993-3000
20. - Dahabreh IA, Linardour H, Siannis F. " Trastuzumab in the adjuvant treatment of earlystage breast cancer: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials". Rev. Oncologist 2008;(13) :620-630
21. - Goldhrisch A, Ingle JN, Gelber RD "Thresholds for therapies: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer". Rev.Ann Oncol 2009; (20):1319-1329
- 22.- Riemsma R, Forbes CA, Kessels A. Systematic review of aromatase inhibitors in the first-line treatment for hormone sensitive adadvanced or metastatic breast cancer". Rev.Breast Can Res Treat 2010; (123): 9-24
23. - Whelan T, Pignol JP, Levine M. "Long-term results of hipofractionated radiation therapy for breast cancer". Rev.N Engl J Med 2010;(362.):513-520.
24. Aebi S, Davidson T, Gruber "Primary breast cancer: ESMO Clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up". Rev.Ann Oncol. 2010; (21): 9-14
- 25.- Irigoyen A, Morales H. "Elementos para un análisis de la estructura familiar. En: Nuevos fundamentos de medicina familiar". 3ª edición. Editorial medicina familiar mexicana 2006; 3:45-54.
- 26.- Mendoza L. "Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria". Rev.ArchMed Fam. 2006; (1): 27-32.
- 27.-Membrillo A, Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar. Medicina Familiar 2008; (10):227-229.

28.-Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria.

29.- Espejel AM, Manual para la escala de funcionamiento familiar. 2ª. Edición. IFAC. 2008

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE BIRADS

A) incompleto: categoría O: Necesita evaluación adicional de imagen y comparar con estudios previos.

B) completo:

Categoría 1 negativa

Categoría 2 hallazgos benignos

Categoría 3 hallazgos probablemente benignos

Categoría 4 anomalía sospechosa (4a sospecha de baja malignidad, 4b sospecha de malignidad intermedia, 4c sospecha de alta malignidad pero no clásicos.)

Categoría 5 altamente sugestiva de malignidad, categoría 6 malignidad probada por biopsia

ANEXO 2

TIPO DE BIOPSIA	TIPO DE LESIÓN	CALIBRE DE LA AGUJA
BAAF	<ul style="list-style-type: none">• QUISTES• GANGLIOS AXILARES• NO RECOMENDABLE EN TUMOR PRIMARIO DE MAMA	22-25 G
AGUJA DE CORTE	LESIONES SÓLIDAS	11 Y 14 G
CORTE ASPIRACIÓN AUTOMÁTICO	BIOPSIA DE CALCIFICACIONES	9,11,14 G 5-8 MUESTRAS REQUERIDAS
BIOPSIA QUIRURGICA	<ul style="list-style-type: none">• LESIONES QUE NO PUEDEN SER BIOPSIADAS DE MANERA PERCUTANEA• LESIONES MÚLTIPLES	

ANEXO 3

Clasificación TNM del cáncer de mama

TUMOR PRIMARIO	
TX	NO SE PUEDE EVALUAR EL TUMOR PRIMARIO
TO	NO EXISTE PRUEBA DE TUMOR PRIMARIO
Tis CDIS	CARCINOMA IN SITU
Tis CLIS	CARCINOMA DUCTAL IN SITU
Tis PAGET	CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU
	ENFERMEDAD DE PAGET DEL PEZ[ON QUE NO ESTA RELACIONADA CON EL CARCINOMA INVASOR O IN SITU EN EL PARENQUIMA MAMARIO SUBYACENTE .

T1	Tumor menor de 20 mm en su mayor dimension
T1MI	Tumor menor de 1 mm en su mayor dimension
T1a	Tumor mas de 1 mm pero menos de 5 mm en su mayor dimension
T1b	Tumor mas de 5 mm pero menos de 10 mm en su mayor dimension
T1c	Tumor mas de 10 mm pero menos de 20 mm en su mayor dimension
T2	Tumor mas de 20 mm pero menos de 50 mm en su mayor dimension
T3	Tumor mas de 50 mm en su mayir dimension
T4	Tumor mide de cualquier tama;o con extensi[on directa a parede pectoral y piel
T4a	Extension a la pared toracica
T4b	Ulceracion de la piel ,

	nodulos ipsilaterales o edema .
T4c	Ambos T4a , T4b
T4d	Carcinoma inflamatorio

N	GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES
NX	No se puede evaluar el ganglio linfatico regional
No	Sin ganglios linfaticos regionales palpables
N1	Meatastasis a uno o varios ganglios linfaticos homolaterales movibles
N2	Metastasis a ganglios axilares homolaterales fijos entre si o a otras estructuras
N2a	Metastasis en ganglios axilares fijos entre si o a otras estrcuturas
N2 b	Metastasis en la cadena mamaria interna sin evidencia de metastasis axilares
N3	Metastasis a ganglios linfaticos infraclaviculares homolaterales o ganglios de la cadena mamaria interna homolateral
N3a	Mesttasis a ganglios linfaticos infracalviculares homolaterales y axilares
N3b	Metastasis a ganglios linfaticos de la cadena mamaria interna y axilares homolaterales
N3c	Metastasis a ganglios supraclaviculares homolaterales

Metástasis a distancia

MX	NO EVALUABLE
MO	SIN METASTASIS
M1	CON MESTASTASIS

LINFATICOS REGIONALES PATOLOGICO

PNX	No se estudiaron ganglios regionales
PN0	Sin metástasis histopatológica
PN0 (i -)	Sin metástasis histopatológica y con inmunohistoquímica negativa
PN0 (i +)	Sin metástasis histopatológica y con inmunohistoquímica negativa
PN0 (mol -)	Sin metástasis histopatológica ni a estudios RT PCR
PN0 (mol +)	Sin metástasis histopatológica pero positivo a estudios RT PCR
PN1	Metástasis a 1-3 ganglios axilares o mamarios internos con enfermedad microscópica detectada por ganglio centinela pero que no son clínicamente aparentes
PN1 mi	Micro metástasis mayor 0.2 mm pero menor de 2 mm
PN1 a	Metástasis en 1-3 ganglios axilares
PN1b	Metástasis en ganglios de cadena mamaria interna con enfermedad microscópica detectada por biopsia de ganglio centinela pero que no son clínicamente aparentes
PN1 c	Metástasis en ganglios de cadena mamaria interna con enfermedad microscópica detectada por biopsia de ganglio centinela pero que no son clínicamente aparentes
PN2	Metástasis en 4-9 ganglios axilares o en ganglios de cadena mamaria interna clínicamente aparentes en ausencia de metástasis en ganglios axilares.
PN2a	Metástasis en 4-9 ganglios con al menos uno con diámetro mayor de 0.2 mm
PN2b	Metástasis en ganglios de cadena mamaria interna clínicamente aparentes en ausencia de metástasis a ganglios axilares
PN3	Metástasis en 10 o más ganglios axilares o infraclaviculares o en ganglios de cadena mamaria interna junto con uno o más ganglios axilares positivos sin adenopatía clínica en ganglios de cadena mamaria interna ò con ganglio supraclavicular positivo homolateral
PN3a	Metástasis en 10 o más ganglios axilares positivos con al menos una metástasis mayor de 2 mm ò bien metástasis a ganglios infra claviculares
	Metástasis a ganglios infra claviculares (ganglio axilar grado III)
PN3b	Metástasis a ganglios clínicamente evidentes en cadena mamaria interna en presencia de uno ò mas ganglios axilares positivos ò en más de 3 ganglios axilares positivos con metástasis macroscópica de ganglios de cadena mamaria interna detectados por biopsia
PN3c	Metástasis en ganglios supraclaviculares homolaterales

ESTADIFICACIÒN

ESTADIO	T	N	M
O	Tis	N0	M0
IA	T1 (T1mi)	N0	M0
IB	T0	N1mi	M0
	T1mi	N1mi	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1mi	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1(T1mi)	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Cualquier T	N3	M0

ANEXO 4



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

**PARA LA PARTICIPACION EN EL PROYECTO TITULADO:
 "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER DE MAMA
 EN EL DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF N°8 DR. GILBERTO FLORES
 IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____ EDAD: _____
 SEXO: _____ CUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____
 PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____
 DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE: _____

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Religión	Ocupación

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL.

FAMILIA: _____
 TIEMPO DE UNION: _____ EDAD DEL PRIMER HIJO (A): _____
 INGRESO FAMILIAR: _____
 INGRESO PER CAPITA: _____

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación Económica a la Familia

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA:

OBSERVACIONES:

EDAD DEL HIJO MAYOR QUE HABITA EN LA VIVIENDA: _____

FAMILIOGRAMA:

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una X el o los recuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados:

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. Si se reúne con su familia para ver televisión ¿Quién decide ver el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen alguna falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o para llegar, ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿Quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

11. Cuando hay invitados en casa ¿A quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y no participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas Funcionalidad

14. En las ediciones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa ¿Quién le avisa o pide permiso a quién? A quien se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas Funcionalidad

16. Cuando alguien comete alguna falta ¿Quién y cómo castiga?

¿Quién castiga?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga Funcionalidad

17. Si se acostumbra promesas sobre permisos y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿Quién pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie pide ayuda a nadie Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie acostumbra salir Funcionalidad

20. En esta familia ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie protege a nadie Funcionalidad

21. Si se conversan unos con otros ¿Quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie conversa con la familia Funcionalidad

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23. Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo ¿A quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro familiar no	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

Nadie toma alguna decisión Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿Quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se abraza en la familia Funcionalidad

34. Cuando se enojan en esta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

¿Quién se enoja?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se enoja en la familia Funcionalidad

35. Ha habido peleas con golpes en la familia ¿Quiénes con quién o quiénes?

¿Quién se ha peleado?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se ha golpeado en la familia Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulante?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

38. En esta familia ha tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

40. ¿Quién es esta familia se aísla?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

PERFIL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FAMILIA: _____ FECHA DE APLICACIÓN: _____

TIEMPO DE FORMADA: _____ AÑOS

TIPO DE FAMILIA: _____

ETAPA DEL CICLO VITAL: _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____

No DE MIEMBROS: ADULTOS _____ ADOLESCENTES _____ NIÑOS _____

ANEXO 5

EVALUACION DE ESCALA DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL

Área	Número de pregunta										Subtotal
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28	30						
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21					
Afecto negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
PUNTAJE GLOBAL											

ANEXO 6

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS EN BASE AL PARENTESCO

Con Parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco

Tomado de: II. Conceptos básicos para el estudio de familias. Arch Med Fam. 2005 (7) Supl 1: 15-19

ANEXO 7

CLASIFICACIÓN DEL CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN GEYMAN

Etapas	Característica
Etapas de Matrimonio	Es el inicio de la vida del ciclo familiar cuando dos individuos se unen en matrimonio ya sea civil, religioso o concubinato.
Etapas de Expansión	Inicia con la llegada del primer hijo y culmina con el nacimiento del último hijo.
Etapas de Dispersión	Inicia con el ingreso del hijo mayor a la escuela y culmina cuando el hijo mayor empieza a vivir fuera de la casa.
Etapas de Independencia	Se inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa y termina cuando el último hijo abandona el hogar.
Etapas de Retiro y muerte	Inicia con la salida del último hijo del hogar o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres.

ANEXO 8

CARACTERÍSTICAS DE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN

Cada ITEM se evalúa en una escala ordinal de 4 categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional, las categorías 2 y 3 son intermedias. Ejemplo:

- ITEM 20 En esta familia quien protege a quien:
- 4 cuando todos se protegen o cuando la protección viene de un sistema superior o dentro del mismo
- 3 cuando solo uno de los padres protege y el otro es substituido por un familiar o no familiar
- 2 cuando existe protección de cualquiera de los miembros
- 1 Nadie

Cualquier pregunta que no sea posible de contestar se contestara como 4.

Criterios de calificación para la escala de funcionamiento familiar

- 1- Disfuncional
- 2- Poco funcional
- 3- Medianamente funcional
- 4- Funcional

ITEM:

- 1 territorio o centralidad
- 2 , 12, 26, 28 roles
- 3 , 27, 29, 30 jerarquía
- 4 y 5 centralidad
- 6 , 7, 9 limites
- 8, 16,17 ,25 modos de control de conducta
- 10 , 13, 14 , 15,19,20, 32, 33 alianzas
- 11 , 22 , 23, 24jerarquía y comunicación
- 18 , 31, 34 afecto
- 21 comunicación
- 35 , 36 , 37,38,39,40 patología

ANEXO 9

Perfil del funcionamiento familiar

Autoridad	19 -33	34-47
Control	12-25	26-40
Supervisión	6-14	15-24
Afecto	13-21	22-31
Apoyo	7-15	16-25
Conducta disruptiva	10-23	24-38
Comunicación	17-30	31-45
Afecto negativo	9-13	14-19
Recursos	13-20	21-30
Global	80-135	135-180

ANEXO 10



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:
Identificación de la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama en el Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Lugar y Fecha:
Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social Marzo 2012-Octubre 2013

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:...

En la actualidad el cáncer de mama ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias malignas que afectan al sexo femenino, ocasionando miles de muertes anuales a nivel mundial. El presente estudio pretende evaluar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de cáncer de mama y de esta forma coadyuvar a un aporte de mejores redes de apoyo a lo largo del padecimiento desde su diagnóstico, tratamiento e incluso seguimiento posterior. Ayudando a las pacientes a mejorar su entorno familiar ya que la familia resulta su principal apoyo e incluso su principal motivo para poder seguir adelante y enfrentar su largo proceso de lucha contra la enfermedad.

Procedimientos:.....

Se aplicara cuestionario, tomando datos procedentes de paciente y/o familiar así como resultados de estudios de laboratorio y gabinete del expediente clínico.

Posibles riesgos y molestias:..

Ninguno. No se identificarán ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta de los pacientes. El presente es un estudio descriptivo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:.....

Optimizar la atención médica en los servicios hospitalarios de urgencias.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:.....

No aplica.

Participación o retiro:

El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:.....

Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Optimización de los recursos hospitalarios y su empleo en otras áreas críticas

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR.GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
Colaboradores: DRA. OLAMENDI MEDINA DENNIS LETICIA DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO/DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO / DR. HUGO SANCHEZ MARTINEZ

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 11

Método de Graffar para determinar nivel socioeconómico familiar

- A. Profesión del jefe de familia:
 - a. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
 - b. Profesionista técnico, mediano comerciante o pequeña industria, etc.
 - c. Empleado sin profesión técnica definida o universidad incompleta.
 - d. Obrero especializado: tactorista, taxista, etc.
 - e. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
- B. Nivel de instrucción de la madre:
 - a. Universitaria o su equivalente
 - b. Técnica superior y/o secundaria completa
 - c. Secundaria incompleta o técnico inferior
 - d. Educación primaria completa
 - e. Primaria incompleta o analfabeta
- C. Principal fuente de ingresos:
 - a. Fortuna heredada o adquirida repentinamente
 - b. Ingresos privenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales
 - c. Sueldo quincenal o mensual
 - d. Salario diario o mensual
 - e. Ingresos de origen público o privado (subsidios)
- D. Condiciones de la vivienda:
 - a. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
 - b. Amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
 - c. Espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
 - d. Espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
 - e. Improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias

Puntaje	Pregunta			
	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

Evaluación:

- 4 a 6: Alto
- 7 a 9: Medio alto
- 10 a 12: Medio bajo
- 13 a 16: Obrero
- 17 a 20: Marginal

Tomado de "El Estudio de Salud Familiar" en Medicina familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad. Huerta González, José Luis, Alfíl, 2008, pág. 83-84

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO 12



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

"TÍTULO DEL PROYECTO":

"IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF N°8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"

2012 – 2013

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO					X							
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X					
RECURSOS								X				
BIBLIOGRAFIA									X			
ASPECTOS GENERALES										X		
ACEPTACION											X	X

2013 – 2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

