



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 15
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

T E S I S

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DETECTADAS EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL”**

NO. REGISTRO: R-2018-3701-035

**TRABAJO REALIZADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. CASANDRA MIRELY GÓMEZ CARDONA
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES:

**DR. PABLO ROBERTO CASTRO GUADALUPE
DRA. KAREN ARELI PECINA ROLDÁN**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2019



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 15



T E S I S

"Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social"

Trabajo realizado para obtener el Título de Médico Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Gómez Cardona Casandra Mirely

Médico Residente de Medicina Familiar

**Sitio de adscripción: UMF no 15 IMSS, Ermita Iztapalapa 411,
Prado Churubusco, 04320 Ciudad de México, CDMX**

Matrícula: 98389738

Teléfono: 5539753982

e-mail: specialp_casmy@hotmail.com

Fax: sin fax

Asesores:

Dr. Pablo Roberto Castro Guadalupe

Médico Familiar asignado a la consulta externa de Medicina familiar

**Sitio de Adscripción: UMF no. 15 IMSS, Ermita Iztapalapa 411,
Prado Churubusco, 04320 Ciudad de México, CDMX**

Delegación sur DF

Matricula: 98158723

Teléfono: 5527467126

e-mail: pacagpe@hotmail.com

Fax: sin fax

Dra. Karen Areli Pecina Roldan

Médico Epidemiólogo titular del servicio de Epidemiología

**Sitio de adscripción: UMF no. 31 IMSS Ermita Iztapalapa 1771,
8va Amp San Miguel, 09837 Ciudad de México, CDMX**

Delegación Sur DF

Matricula: 98314867

Teléfono: 5529179097

e-mail: karen.pecina@imss.gob.mx

Fax: sin fax

Folio: F-2018-3701-57

No. De registro: 2018-3701-035



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3701** con número de registro **17 CI 09 014 056** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA.
H GRAL ZONA NUM 1-A

FECHA Jueves, 01 de noviembre de 2018.

DR. PABLO ROBERTO CASTRO GUADALUPE
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-3701-035

ATENTAMENTE

SERGIO LOZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

T E S I S

“Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Trabajo realizado para obtener el Título de Médico Especialista en Medicina Familiar


Presenta:

Dra. Gómez Cardona Casandra Mirely
Médico Residente de Medicina Familiar


AUTORIZACIÓN DE TESIS




Mtra. Lidya Cristina Barrios Domínguez
Directora de la Unidad de Medicina Familiar no. 15 IMSS



Dra. Doralis Villanueva Isidor
Coordinador clínico de Educación e investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar no. 15 IMSS



Dra. Nancy García Cervantes
Profesora titular de Residencia Médica de la Unidad de Medicina Familiar no. 15 IMSS



Dr. Pablo Roberto Castro Guadalupe
Asesor clínico de Tesis y profesor adjunto del curso de Residencia Médica de la Unidad de Medicina Familiar no. 15 IMSS

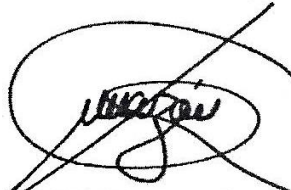
"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DETECTADAS EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 15 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. CASANDRA MIRELY GÓMEZ CARDONA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 15

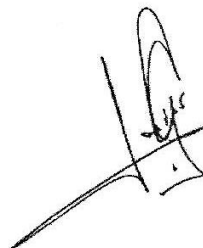
AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

¿Qué da una persona a otra? Da de sí misma de lo más precioso que tiene, da de su propia vida. Ello no significa necesariamente que sacrifica su vida por la otra, si no que da lo que está vivo en él, da de su alegría, de su interés, de su comprensión, de su conocimiento, de su humor, de su tristeza, de todas las expresiones y manifestaciones de lo que está vivo en él. Erich Fromm

La presente tesis está dedicada a las personas que a lo largo de mi vida me han dado todas esas expresiones y manifestaciones que están vivas en cada uno de ellos...

A mis profesores, gratitud por compartir su conocimiento, experiencias, regañones, consejos y el tiempo dedicado a cada uno de los instantes donde pudimos construir nuevos momentos, recuerdos y enseñanzas. Siempre habrá algo nuevo por aprender. Admiración y respeto.

A mis padres y mi hermano, por haberme formado como la persona que soy, por apoyarme en cada una de las decisiones que he tomado y en los momentos que la vida me ha puesto, que llevaron a construirme hasta la actualidad, por ser ellos el mayor ejemplo de fortaleza, perseverancia, humildad y amor que Dios y la vida pudieron ponerme en el camino.

A cada uno de los integrantes de mi familia que siempre me dio muestras de apoyo, cariño y que jamás dejó de creer en mí a lo largo de mi crecimiento y mi formación profesional.

A mis amigos, compañeros de clase y miles de personas que conocí en todos y cada uno de mis días, entre clínicas, hospitales, salones de clase, congresos, pueblitos, etc., con los cuales he compartido grandes e inolvidables momentos, con ellos aprendí el significado de la "solidaridad", todos ellos ocupan un lugar especial en mí.

Pero principalmente, gratitud y respeto a cada uno de los pacientes que pude tener, sin ellos no habría conocimientos, motivación y aprendizaje continuo, gracias por confiar en mí como su médico y gracias por todas las muestras de cariño que recibí de ustedes, me llevo en el corazón cada palabra, apretón de manos, sonrisas y agradecimientos que me han dado a lo largo de mi formación, motivándome a seguir perseverando y ser un mejor médico.

Y a ti mi pequeño motor, hija, te amo desde el primer momento que supe de tu existencia, me hiciste inmensamente feliz cuando escuché tu corazón por primera vez, cuando te vi y cuando tu primer patadita juguetona me recordó que ya no estaba sola. Eres mi motor, mi motivo y mi alegría día a día Helena.

INDICE

AUTORIZACIONES	3
AGRADECIMIENTOS	6
RESUMEN	7
<hr/>	
1 INTRODUCCION	9
2 ANTECEDENTES	10
2.1 Aspectos epidemiológicos	
3 MARCO TEORICO	12
3.1 Definición	12
3.2 Manifestaciones clínicas	13
3.3 Factores de riesgo	13
3.4 Diagnóstico	17
3.5 Tratamiento	19
3.6 Cáncer de mama y familia	21
3.7 Calidad de vida	22
3.8 Redes de apoyo	24
4 EVIDENCIA	25
5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
5.1 Pregunta de investigación	26
6 JUSTIFICACIÓN	26
7 OBJETIVOS	27
7.1 Objetivo general	27
7.2 Objetivos específicos	27
8 HIPOTESIS DE TRABAJO	28
9 MATERIAL Y MÉTODOS	28
9.1 Diseño de investigación	28
9.2 Lugar, tiempo, población y muestra	28
9.3 Variables de estudio y definiciones conceptuales, operativas, tipo de variable y escala de medición	28
9.4 Criterios de inclusión	31
9.5 Criterios de exclusión	31
9.6 Criterios de eliminación	31
9.7 Método	31
9.8 Instrumento de recolección	32
10 ANÁLISIS ESTADISTICO	33
11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
12 RECURSOS HUMANOS, FISICOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	34
13 CONFLICTO DE INTERESES	35
14 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	35
15 RESULTADOS	36
14.1 Tablas y gráficas de resultados	38
16 CONCLUSIONES	45
17 DISCUSIONES	45
18 ANEXOS	49
19 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

RESUMEN

Una elevada proporción de los cánceres llevan consigo una alteración física significativa, pero este aspecto destaca aún más cuando hablamos de la imagen corporal y el cáncer de mama. Se deduce que la razón por la que adquiere mayor relevancia es, por un lado, el incremento epidemiológico y su cada vez mayor carácter crónico y, por otro lado, las implicaciones psicosociales que suponen para la mujer, entendiendo psicosocial en este contexto como calidad de vida de la mujer, la ausencia de molestia física o psíquica y el correcto funcionamiento social.

La importancia de incluir calidad de vida en la valoración del paciente radica en la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que dice que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Por tanto la evaluación de la salud no debería limitarse solamente a los factores clínicos tradicionales basado en variables anatómicas, biológicas sino además en factores sociales y psicológicos.

El apoyo percibido por las pacientes a lo largo de su enfermedad, es un factor central, sobre todo cuando existe un compromiso emocional. El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional, permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la enfermedad, lo que a su vez contribuye a una mejor calidad de vida. Por tal motivo, es de interés conocer los factores que contribuyen en la calidad de vida y fomentarlos, no solo para beneficio de la paciente con Cáncer de mama, sino también para su entorno familiar y así, poder tener un mayor éxito a futuro.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de las pacientes con Cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, retrospectivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Sur en un tiempo transcurrido en los años 2016-2017 en Mujeres derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina familiar las cuáles contaban con el diagnóstico de Cáncer de mama. Se realizó la entrevista directa y aplicación del instrumento de investigación explicando a las pacientes el fin de la investigación bajo consentimiento informado. La presentación de los datos se realizó a través de tablas y graficas; el análisis de los mismos se realizó con estadística descriptiva empleando el

programa informático SPSS versión 21. **Resultados:** Los resultados para calidad de vida fueron calificados como buena calidad de vida por la mayoría de las pacientes (47) y como mala calidad de vida en el resto (45). Así mismo para funcionamiento familiar, en 82 mujeres resultó con buena funcionalidad, seguida de disfunción moderada en 7 pacientes, y disfunción grave en 3. La red de apoyo fue percibida como muy buena en 12 pacientes, buena en 40, regular en 33 y mala en 7. **Conclusiones:** La calidad de vida percibida por las mujeres con cáncer de mama incluidas en este estudio, es buena. Esto llama la atención pues a pesar de que el cáncer de mama significa un problema de salud revolucionario y de impactante trascendencia en la vida de la mujer, es un problema el cual se enfrenta de una forma positiva en la mayoría de los casos. Esto puede deberse a que ante una crisis, como lo es el cáncer de mama, la familia y redes de apoyo tienden a ser positivas para una mejor superación del problema. Con los resultados obtenidos en esta investigación podemos decir que nuestra hipótesis alterna se confirma “Las pacientes con cáncer de mama adscritas a la UMF 15 es buena en el 50% de las pacientes”.

Recursos: Materiales: 1 computadora, carpetas de concentrado de información de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama 2016 y 2017 del servicio de Medicina Preventiva, plumas, lápices, hojas blancas. **Financieros:** Proporcionados por el investigador principal

Experiencia del grupo:

Médico especialista en formación, asesores Médico especialista en Medicina Familiar y Médico especialista en epidemiología con experiencia en investigación, sin conflicto de interés en relación a esta investigación.

Palabras clave:

Calidad de vida, cáncer de mama, redes de apoyo.

TITULO DE TESIS: “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud pública, prioritario por su magnitud. Actualmente la transición demográfica, la epidemiología, los factores de riesgo, cobran mayor relevancia en los servicios de salud, tal es el caso del instituto mexicano del seguro social, el cual brinda relevancia a esta patología y

responde a las necesidades de las pacientes a las cuales se detecta por primera vez cáncer de mama, además de impulsar la detección temprana, el diagnóstico oportuno y tratamiento con calidad óptima a las pacientes.

El diagnóstico de cáncer de mama supone para las mujeres una situación difícil de afrontar, no sólo por los cambios físicos, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentarse a la enfermedad y sus tratamientos, la paciente sufre pérdidas importantes en varios aspectos, como son las alteraciones en su imagen corporal y trastornos emocionales. Esto le lleva a adoptar nuevas actitudes y adaptarse a la actual realidad. La familia y el entorno social de la mujer son una fuente de apoyo para la lucha contra la enfermedad y están presentes en los momentos difíciles, dando soporte a su ser querido. Sin embargo, estas relaciones sociales pueden verse deterioradas afectando la calidad de vida de las pacientes y el pronóstico de la enfermedad.

La mayor parte de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, viven un proceso adaptativo designado como “duelo oncológico”. Consiste en un conjunto de etapas que la paciente atraviesa los meses siguientes al diagnóstico. Se trata de un proceso continuo que permite a la paciente dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional y configurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, emocionales y sociales a las que se va a enfrentar.

Ante este panorama se hace necesario reforzar las estrategias para su combate en dos vertientes, la prevención y el tratamiento, en el que no sólo intervienen profesionales de la salud como médicos y enfermeras, sino un equipo multidisciplinario que atienda todas las dimensiones de la enfermedad (física y social) jugando papel importante la familia; por tal motivo es importante conocer la calidad de vida de las pacientes y los factores que contribuyen en ella, con el fin de identificarlos y así poder implementar programas de orientación y ayuda no solo para la paciente con Cáncer de mama, sino también para su entorno familiar y así, poder tener un mayor éxito a futuro.

2. ANTECEDENTES

2.1 Aspectos Epidemiológicos

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar en prevalencia a nivel nacional y el primero en la población femenina. Según el INEGI, casi el 70 por ciento de

estos casos se presenta en mujeres de entre 30 y 59 años de edad. Sin embargo, la tasa de mortalidad más alta se da en las mayores de 60 años. ¹

Datos de la organización mundial de la salud señalan que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren 458 mil muertes por esta enfermedad. ¹ Según datos de la organización panamericana de la salud (OPS), en el continente americano, la tendencia es similar, es decir, el cáncer de mamá es el más común entre las mujeres (29% respecto del total de casos de cáncer) y es la segunda causa de muerte por tumores malignos para este grupo de población, la OPS estima más de 596 000 casos nuevos y más de 142 100 muertes en la región, principalmente en la zona de América latina y el Caribe. ²

Aunque México se ubica en un nivel intermedio con tasas de incidencia cuatro veces menores, el cáncer de mama es un problema de salud cada vez más importante por la tendencia ascendente en incidencia y mortalidad, las cuales están determinadas por el envejecimiento de la población, el aumento en la prevalencia de los factores de riesgo y la falta de un programa nacional de detección oportuna integral. Esto resulta evidente por el diagnóstico de cáncer de mama en etapas tardías hasta en 52% de los casos. ^{3,4}

Debido a su impacto, y como iniciativa de la OMS, cada año alrededor del mundo durante el mes de octubre se realizan eventos cuya finalidad es concientizar e incentivar la autoexploración mamaria y el diagnóstico temprano, motivo por el cual se le conoce como “octubre: mes de la sensibilización sobre el cáncer de mama”, y el 19 del mismo mes se conmemora el “día mundial de la lucha contra el cáncer de mama”. ⁵

El cáncer de mama es una enfermedad multifactorial, en la población mexicana sobresalen la obesidad, la poca actividad física y la historia familiar como los factores de riesgo más comunes. El embarazo y la lactancia a temprana edad y por al menos seis meses tienen un efecto protector. La acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida conlleva a presentar tumores de inicio más temprano y con peor pronóstico. Algunos factores de riesgo son modificables o prevenibles y los factores que lo determinan no se han modificado, pero suelen ser más frecuentes algunos con respecto a la vida de cada país. ^{6,7}

En la pasada década, el instituto mexicano del seguro social (IMSS) redujo 16% la mortalidad por cáncer de mama, principalmente por la ampliación en la cobertura de las pruebas de detección. Hasta hace cinco años, las pacientes recibían el diagnóstico de la enfermedad en etapa avanzada. Ahora, los tumores que se encuentran, son de fases uno a dos, lo que mejora las posibilidades de curación.

La reducción de la mortalidad es un éxito, pero no es suficiente. Hace falta promover entre las derechohabientes la importancia de la revisión anual. Es por ello que el 17 de septiembre del 2003 fue emitida la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Ca de mama.⁸

Además, en el IMSS se cuenta con el programa PREVENIMSS en mujeres de 20 a 59 años de edad con el fin de detectar el Ca de mama por autoexploración y mastografía cada 2 años en mujeres de 50 a 59 años de edad o de 40 a 49 años en mujeres con antecedentes hereditarios directos.⁹

El diagnóstico temprano se basa en actividades de educación a la población y se da capacitación al personal de salud para identificar de manera precoz los síntomas y signos de cáncer que llevan al diagnóstico y tratamiento oportuno.¹⁰

El tamizaje es la identificación de una enfermedad en fase preclínica a través de la utilización de pruebas que puedan ser aplicadas de forma rápida y extendida a población en riesgo, aparentemente sana.¹¹

3. MARCO TEORICO

3.1 Definición¹²

Los órganos que forman nuestro cuerpo están constituidos por células, que normalmente se dividen de forma ordenada con el fin de reemplazar las ya envejecidas o muertas. Cada célula posee una serie de mecanismos de control que regulan este proceso. Cuando en una célula se alteran estos mecanismos de control, se inicia una división incontrolada produciendo un tumor.

En la mama también pueden aparecer tumores benignos constituidos por células que se dividen en exceso, pero no pueden dañar o invadir otras partes del organismo. Los tumores malignos están compuestos por células que se dividen sin control y, además, son capaces de destruir tejidos y órganos cercanos (infiltración) y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo

(metástasis). Cuando esta transformación ocurre en la mama, se denomina cáncer de mama.

3.2 Manifestaciones Clínicas

En la fase inicial de la enfermedad, cuando la lesión es muy pequeña, no aparece ningún tipo de sintomatología, es lo que se denomina “fase preclínica” de la enfermedad. Pasado este tiempo, el cáncer de mama puede manifestarse de diversas formas: La presencia de un nódulo palpable, doloroso o no, es el síntoma más frecuente.

Cuando el tumor se hace más grande puede manifestarse como irregularidades en el contorno de la mama, falta de movilidad de la misma, retracción del pezón o alteraciones en la piel como eritema, calor, “piel de naranja” o lesiones tipo úlceras, puede aparecer secreción de líquido seroso (telorrea) o sanguinolento (telorragia) por el pezón y en un porcentaje escaso de los casos, la presencia de una metástasis localizada en un órgano o tejido concreto puede provocar el primer síntoma de alerta.

3.3 Factores de riesgo

Categorías de riesgo: Categoría 1: Riesgo de cáncer de mama de la población general

Esta categoría agrupa a la población general sin factores de riesgo conocidos. El riesgo variará según la edad de cada mujer. A los 30 años, el riesgo de cáncer de mama es menor de 0.5%; a los 50 años el riesgo llega a 2%, y, a los 70 años el riesgo alcanza a 7%. Esta categoría de mujeres puede ser útil para comparar y medir el riesgo de las otras categorías que se analizan más adelante.

Categoría 2: Riesgo moderado de cáncer de mama

Está constituida por mujeres que tienen un aumento de hasta dos veces el riesgo de desarrollar cáncer de mama (Riesgo relativo 1.2 - 2.0). En ellas existe uno o más factores de riesgo denominados “menores”. A continuación, se resumen los principales factores de riesgo menores:

- Edad
- Factores Reproductivos
- Enfermedades mamarias benignas proliferativas sin atipias.
- Terapia de reemplazo hormonal en la menopausia.
- Involución mamaria incompleta

- Sobrepeso después de la menopausia
- Alcohol
- Mayor densidad mamográfica

Categoría 3: Alto Riesgo de cáncer de mama

Esta categoría incluye mujeres que tienen 3 a 10 veces más riesgo que la población general de desarrollar cáncer de mama durante su vida. Considera los siguientes grupos de mujeres:

- Historia familiar de cáncer de mama que incluya dos o más parientes de primer grado con cáncer sin mutaciones demostradas
- Antecedentes de biopsia mamaria que informa lesiones histológicas de alto riesgo o “lesiones precursoras”
- Lesiones precursoras son lesiones histológicas proliferativas benignas con atipias
- La Hiperplasia ductal atípica
- Antecedente personal de cáncer de mama
- Densidad mamográfica aumentada (controversial)

Categoría 4. Altísimo Riesgo de cáncer de mama

Son mujeres que tienen más de 10 veces el riesgo de desarrollar cáncer de mama durante su vida (RR >10.0). Esta categoría incluye sólo a dos grupos de mujeres:

- Portadoras de mutaciones de alta penetrancia en genes BRCA 1 y BRCA (Cáncer de mama hereditario).
- Antecedentes de radioterapia al tórax, generalmente por cáncer linfático, antes de los 30 años.

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

a. Factores biológicos:

- Sexo femenino.
- Edad. La detección de Ca de mama es más común en población femenina perimenopáusica o posmenopáusica por lo que los rangos de edad van entre los 40 a los 65 años de edad.
- Antecedente personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas: Los familiares en primer grado con Ca de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer y es mayor si su madre, hermana o

hija tuvo cáncer de mama sobre todo es una presentación temprana (menor de 40 años). Diversos estudios señalan que en un 20-25% tiene asociación familiar.

- Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia.
- Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años de edad y menopausia después de los 52 años): esto se debe a un estímulo estrogénico mayor y un mayor número de ciclos ovulatorios.
- Densidad mamaria y antecedentes de historia personal: las enfermedades benignas de la mama como la hiperplasia, carcinoma previo y el Ca de endometrio son factores de riesgo asociados, siendo la mastopatía fibroquística y el fibroadenoma los más comunes.
- Ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2: las mutaciones de estos genes originan del 2-3% de los casos de ca de mama y en más de la mitad de los hereditarios lo que significa un riesgo del 50-85%

b. Factores iatrógenos o ambientales:

- Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in útero, en la adolescencia).
- Tratamiento con radioterapia en tórax.

c. Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos:

- Nuliparidad.
- Primer embarazo a término después de los 30 años de edad: según un estudio de casos y controles efectuado en México en 2007 se demostró que la edad del primer embarazo a término fue el principal factor de riesgo para la evolución de Ca de mama en mujeres de 50 años de edad o más, así como los periodos de lactancia menores a 12 meses en pacientes menores de 50 años.

22

- Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años: después de los 10 a 15 años de uso el riesgo incrementa la incidencia.

d. Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida: la dieta tiene un papel fundamental, las grasas son el principal componente relacionado con el incremento en la incidencia.

- 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: La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer informó recientemente que para 2010 más de 100 estudios epidemiológicos han evaluado la asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el riesgo de cáncer de mama (3). Además, el análisis combinado de los datos de 53 estudios realizados en todo el mundo mostró una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y el aumento del riesgo de cáncer de mama.⁷
- Tabaquismo

La promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población. Se debe orientar a las mujeres acerca de su responsabilidad en el autocuidado de la salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover los estilos de vida sanos, entre ellos:

- Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales.
- Práctica de ejercicio físico moderado, que se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de mama en la población general.
- Consumo de ácido fólico.
- Amamantar, por lo que debe incluirse entre las ventajas de la lactancia materna.
- Mantener un adecuado índice de masa corporal, pues el elevado (> 30) se asocia con un incremento significativo del riesgo de cáncer de mama en las posmenopáusicas.

Como prevención secundaria:

- La prevención secundaria para la detección del cáncer de mama debe incluir la autoexploración, el examen clínico y la mastografía.
- La autoexploración se debe recomendar a partir de los 20 años de edad; el objetivo es sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, lograr que tenga un mayor conocimiento de su propio cuerpo y que identifique cambios anormales, para poder demandar la atención médica apropiada.

- Es función del personal de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres mayores de 20 años de edad que acudan a las unidades médicas.
- El examen clínico debe ser practicado anualmente a partir de los 25 años de edad por personal de salud capacitado en la exploración de las mamas.
- Detección anual con mastografía a partir de los 40 años de edad.
- Todas las mujeres deben ser informadas sobre las ventajas y limitaciones de la mastografía. 8

3.4 Diagnóstico 13

El diagnóstico precoz del cáncer de mama es fundamental para conseguir un buen pronóstico de la enfermedad.

- **Mastografía**

Es el único método de imagen que ha demostrado disminución (de 29 a 30%) en la mortalidad por cáncer de mama en la población tamizada² al permitir un diagnóstico temprano, lo que ocurre siempre y cuando se realice con periodicidad y un estricto control de calidad (Food and Drug Administration. Mammography Quality Standards; Final Rule September 25, 2007).

- Se realiza en mujeres asintomáticas.
- Escrutinio anual a partir de los 40 años de edad.
- Debe incluir dos proyecciones para cada mama: Cefalocaudal y Mediolateral oblicua.
- El resultado se reporta con la clasificación de BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data Systems, American College of Radiology. Mammography. 4^a ed., 2003).

Mastografía diagnóstica:

Se efectúa en caso de una mastografía de tamizaje anormal o cuando exista:

- 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.

Cuadro 4-1. Clasificación BIRADS

Categoría		Recomendaciones
0	Insuficiente para diagnóstico. Existe 13% de posibilidad de malignidad	Se requiere evaluación con imágenes mastográficas adicionales u otros estudios ultrasonido y resonancia magnética, así como la comparación con estudios previos
1	Negativo Ningún hallazgo que reportar	Mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años
2	Hallazgos benignos	Mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años
3	Hallazgos probablemente benignos. Menos del 2% de probabilidad de malignidad	Requiere seguimiento por imagen, unilateral del lado con hallazgos dudosos, de manera semestral por dos o tres años
4	Hallazgos de sospecha de malignidad. Se subdivide en: a. 4a – Baja sospecha de malignidad b. 4b – Sospecha intermedia de malignidad c. 4c – Hallazgos moderados de sospecha de malignidad pero no clásicos	Requiere biopsia
5	Clásicamente maligno	Requiere biopsia
6	Con diagnóstico histológico de malignidad	En espera de tratamiento definitivo o valoración de respuesta a tratamiento

- **Ultrasonido (US) mamario**

Es una valiosa herramienta complementaria de la mastografía diagnóstica, aunque no es útil como método de tamizaje para cáncer. Se utiliza principalmente en menores de 35 años de edad con signos o síntomas de patología mamaria (dolor, nódulo palpable, secreción por el pezón, retracción de la piel o el pezón, enrojecimiento de la piel, etc.), Caracterización de una tumoración visible en la mastografía y determinación de su naturaleza, sólida o líquida, procesos infecciosos (mastitis, abscesos, etc.) y su seguimiento o como guía de procedimientos invasivos: aspiración de quistes, drenaje de abscesos, biopsias con aguja fina en ganglios o bien con aguja de corte en lesiones sospechosas, marcajes con arpones y tratamiento con radiofrecuencia, crioterapia, terapia térmica, etc.

- **Biopsia**

La biopsia no quirúrgica de lesiones no palpables de la mama con agujas de corte se ha convertido en una extraordinaria alternativa diagnóstica, la cual evita biopsias excisionales en casos benignos, abatiendo costos y reduciendo riesgos para la paciente, con mínimos cambios del tejido mamario que pudieran alterar el diagnóstico en mastografías posteriores. Además, debe tomarse en consideración que alrededor de 70 a 80% de las biopsias de mama son benignas, por lo cual es una buena alternativa reconocida mundialmente.

- **PAAF**

Se trata de obtener una muestra de células o de tejido mamario para su estudio al microscopio por un especialista en Anatomía Patológica. Su utilidad sigue vigente en la evaluación de ganglios sospechosos y en la evacuación de lesiones quísticas.

3.5 TRATAMIENTO 14

En el cáncer de mama se utilizan diversos tipos de tratamientos: cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, y/o anticuerpos monoclonales.

- **Cirugía**

En general, el primer tratamiento que se aplica es la cirugía. La técnica quirúrgica utilizada varía en función del tipo de lesión y su extensión:

- **Mastectomía radical modificada:** Se conservan los músculos pectorales, extirpándose sólo la glándula mamaria y los ganglios axilares. Es posible realizar una reconstrucción mamaria.
- **Cirugía conservadora:** se basa en la extirpación del tumor (tumorectomía) o de un cuadrante de la mama (cuadrantectomía) y de los ganglios axilares. Esta técnica tiene que ir siempre complementada con un tratamiento de radioterapia. En la actualidad se tiende a realizar este tipo de cirugía siempre que sea posible. La exploración quirúrgica de los ganglios axilares se puede simplificar, cuando está indicado, mediante la técnica del ganglio centinela (primer/os ganglio/s de drenaje).

En ocasiones, tras la extirpación de los ganglios linfáticos axilares aparece un aumento del volumen del brazo correspondiente, producido por una dificultad en el drenaje linfático, lo que se conoce como linfedema. La fisioterapia basada en masajes manuales para favorecer el drenaje linfático acompañada de vendaje elástico del brazo afectado, así como la adopción de medidas higiénico-sanitarias de la zona (limpieza adecuada, evitar quemaduras, heridas, pinchazos) son las medidas más eficaces para conseguir la reducción y evitar complicaciones del linfedema.

Radioterapia

Se utiliza como tratamiento complementario a la cirugía conservadora, cuando hay ganglios positivos y en algunos casos tras mastectomía. Consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama o en la pared torácica y en

ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena (axila y cadenas supraclaviculares) para destruir las posibles células cancerosas que pudieran haber quedado tras la operación. El tratamiento estándar de radioterapia se administra durante unas 5 a 7 semanas, con una duración diaria de pocos minutos. Sin embargo, en la actualidad existen nuevos esquemas de tratamiento que permiten, en un subgrupo de mujeres, reducir el tiempo total de la radioterapia a 3-4 semanas (hipofraccionamiento).

Quimioterapia

Es la administración de fármacos habitualmente por vía intravenosa, para destruir las células cancerosas que han podido dispersarse por el organismo, a las que ni la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar. Este tipo de tratamiento complementario al tratamiento local se llama tratamiento adyuvante. En ocasiones, la quimioterapia se utiliza para reducir el tamaño del tumor antes de la intervención quirúrgica (esto se llama quimioterapia neoadyuvante). La quimioterapia adyuvante puede durar de 3 a 6 meses, dependiendo del número de ciclos y de los fármacos necesarios en cada caso. El tratamiento con quimioterapia suele acompañarse de una serie de efectos secundarios entre los que destacan náuseas y vómitos, molestias musculares, cansancio, trastornos intestinales, disminución de hematíes, leucocitos y plaquetas y caída temporal del cabello. Es importante saber que no tienen por qué aparecer todos los síntomas descritos ya que varían en función del tipo de fármaco utilizado, es más, no siempre aparecen efectos secundarios o, cuando lo hacen, la mayor parte de las veces son tolerables.

Tratamiento hormonal

Las células de la mama poseen la característica de ser estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente los estrógenos y la progesterona. Cuando las células tumorales conservan dicha característica, medida por la presencia de receptores hormonales en las mismas, es posible administrar un tratamiento hormonal adyuvante o complementario, que ha demostrado tener una elevada eficacia en reducir el riesgo de recaída del tumor y mejorar la supervivencia.

El tipo de fármaco que se utiliza dependerá también de la situación hormonal de la paciente, por lo que se valorará si se trata de una mujer menopáusica o no. La terapia hormonal es un tratamiento sencillo que generalmente se

administra por vía oral, con pocos efectos secundarios. La duración del tratamiento hormonal adyuvante debe ser prolongada, como mínimo durante 5 años.

Tratamiento biológico

Las células malignas son capaces de sintetizar más cantidad de sustancias normales o sustancias muy diferentes a las que producen las células normales. Una de las sustancias, que en algunos casos se encuentra aumentada en el cáncer de mama (20-30% de las pacientes) es la proteína HER2. Actualmente, se dispone de un anticuerpo monoclonal que actúa sobre las células tumorales capaces de producir la proteína HER2 en exceso, disminuyendo o deteniendo su crecimiento. Este fármaco (Trastuzumab) tiene la característica de actuar destruyendo solamente las células tumorales sin actuar sobre las células sanas. Se puede administrar como único tratamiento o en combinación con quimioterapia u hormonoterapia en pacientes con enfermedad avanzada. También ha demostrado ser eficaz en el tratamiento adyuvante de los cánceres de mama HER2 positivos, debiéndose mantener durante un año. Se está investigando mucho con nuevos fármacos que actúan sobre la célula tumoral exclusivamente. Son fármacos dirigidos a moléculas específicas de la célula tumoral

3.6 Cáncer de mama y Familia

La familia resulta importante en el estudio de Cáncer de mama, ya que los patrones que influyen en el proceso salud enfermedad pueden afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, del mismo modo que el grupo familiar influye en la salud de sus integrantes.

Una crisis es un evento traumático personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia que conduce a un estado de alteración, requiere una respuesta adaptativa ya que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia. Cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar y la dinámica familiar.

Se refiere a dinámica familiar, el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que está atravesando; es la totalidad de fuerzas positivas y negativas que determinan el bueno o mal funcionamiento del grupo familiar.

Una crisis paranormativa es una experiencia adversa o inesperada que incluye eventos externos que resultan impredecibles para la familia. Se asocian con disfunción ya que representan problemas de comunicación, toma de decisiones y falta de recursos necesarios para resolverlas. ¹⁵

El entorno de las características físicas, familiares, emocionales y sociales de las pacientes no deben ser consideradas separadamente, ya que no existen estados patológicos que carezcan de estas implicaciones

El cáncer desarrolla su propio ritmo al que las familias deben ajustarse con cambios que generan confusión y aprendizaje de nuevos roles, tanto para el paciente como al resto de la familia, quienes pueden caer en el agotamiento físico, mental, trastornos del sueño, conflictos no resueltos, dolor anticipado y/o depresión, en vías de satisfacer las necesidades del enfermo, donde los cuidadores o la familia entera, son vistos como pacientes de segundo orden.

Las personas diagnosticadas con cáncer necesitan tiempo para ajustarse a la noticia, pensar qué es lo más importante para sus vidas y buscar apoyo en sus seres queridos, es un periodo difícil en el que hay muchas emociones, sentimientos como incredulidad, impacto, temor e ira. ¹⁶

Tanto el paciente como la familia requieren de atención, cada uno de los integrantes necesitan apoyo para asumir sus tareas y desempeñar un rol activo en el cuidado físico y emocional de la paciente ya que resulta un proceso continuo de un ciclo de cambios inesperados e incontrolados.

La variabilidad en el impacto psicosocial de la enfermedad está arraigada directamente en las características psicológicas anteriores a la enfermedad, los miembros de la familia de la paciente también sufren depresión, ansiedad, agotamiento, resentimiento, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, sentido de desamparo y miedos reales o fantaseados al cáncer y su tratamiento. ¹⁷

3.7 Calidad de vida

Conceptualizar la calidad de vida como: calidad de la vivencia que tienen los sujetos, constituye una referencia compleja al bienestar, o bien, una adaptación entre la situación de la realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal como él y su grupo social las perciben.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto a la calidad de vida “no solo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental y social” 18

El término calidad de vida comenzó a utilizarse entrados los años sesenta por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC), que integra investigadores de distintos países dedicados a su estudio desde 1970, con la expectativa de crear mejores condiciones de vida para el paciente.

El National Institute of Cancer (INC) en EEUU, considera la calidad de vida como el aprovechamiento general de la vida; concepto que muchos estudios han evaluado en casos de cáncer, por lo general enfocados al paciente y su capacidad para llevar a cabo diversas actividades. Esta categoría no tiene una definición universal, ya que puede relacionarse con todos los aspectos de la vida de una persona, en el campo de la oncología, por lo general, se centra en la salud del paciente, su relación con la enfermedad y los tratamientos. 19

El diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento, son un acontecimiento vital estresante que produce en las pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento de su calidad de vida, debido al valor de la mama como órgano sexual y estético las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y tratamientos radicales, presentan un impacto importante en su calidad de vida emocional, de pareja, familiar y social y pueden afrontar una crisis paranormativa, por ser considerada entre las afecciones de la esfera psico-sexual.

De ahí no solo la importancia física y fisiológica de las mamas sino la trascendencia cultural y psicológica con serias repercusiones en la calidad de vida de las pacientes y de su entorno familiar, debido a ello, el diagnóstico de cáncer tiene serias repercusiones. En cuanto a los servicios de salud este problema se concentra en alta demanda de consultas otorgadas por el Médico Familiar y los abundantes tratamientos en los servicios de Oncología quirúrgica y clínica para cirugías, quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia, hasta las estadías prolongadas de internamiento hospitalario, que dan un alto costo por día cama de ocupación. Además de los costos por traslados de las pacientes y sus familiares a otras unidades de especialidad para efectuar dichos tratamientos. 20

En términos generales, el tratamiento de este padecimiento es bastante agresivo y ataca el estado general con astenia, adinamia, debilidad muscular, hiporexia, náuseas e hiperémesis, edema de miembros inferiores y superiores, caída de cabello, piel frágil y sensible a traumatismos. Algunas de ellas pueden presentar alteraciones ginecológicas como amenorrea, alteraciones del ciclo menstrual, disminución de la libido, mayor labilidad a infecciones oportunistas y múltiples internamientos hospitalarios. Situación que se agrava cuando el tratamiento tiene que ser quirúrgico, principalmente si la mastectomía es radical o extensa lo que depende de la etapa en que se encuentre el diagnóstico. A todo esto se suma el impacto emocional y psicológico que la pérdida de la mama implica para la mujer que ve mutilado su cuerpo y por el papel que juega en su sexualidad, causando en la mujer temor, inseguridad ante ella, su pareja su familia y la sociedad. Todos estos eventos afectan la calidad de vida de las pacientes, ya que como anteriormente se definió el concepto, la realidad, sus expectativas, sus capacidades y necesidades se ven totalmente alteradas por una lejana referencia de “bienestar”.

3.8 Redes de apoyo

El apoyo social en la salud normalmente es definido como una información o auxilio/asistencia ofrecido por personas o grupos con los cuales se tiene contacto sistemático y que resultan en efectos emocionales y de comportamientos positivos, basada en la fluidez de los recursos de apoyo emocional, instrumental o de consejo.

El apoyo social puede ser evaluado desde diferentes perspectivas, como la cantidad de personas incluidas en la red, la calidad de esos vínculos, la intensidad de las interacciones e intercambios y la percepción de ese apoyo. Este último aspecto es importante porque es generado por la evaluación subjetiva de cada persona. El apoyo social percibido es relevante porque incluye los significados y las representaciones psicológicas de apoyo para cada persona, así como la evaluación de la satisfacción de las relaciones de apoyo en la que se está involucrando.

El apoyo familiar es la acción fundamental en el enfermo de cáncer que se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo por parte de la familia. Implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias, además de sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad,

también ayuda a reducir el malestar emocional permitiendo mejorar las relaciones interpersonales.¹⁵

El apoyo familiar percibido, entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros, es decir, la percepción de que es amado y estimado por los demás, supone una acción que promueve la salud y alivia el impacto de las enfermedades. Éste ha demostrado ser más importante y tener mayor impacto sobre la salud y bienestar con el apoyo familiar que se recibe ya que facilita al enfermo la integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad, promoviendo conductas saludables y favorece el grado de la adaptación a un estímulo estresante, tal como lo es la enfermedad.

El objetivo final del apoyo familiar es que los familiares logren la comprensión profunda de la enfermedad que padecen, así como su impacto físico como emocional, de forma que puedan encontrar un equilibrio del cuerpo, mente y espíritu, para que se correlacione y se logre mantener la calidad de vida para elegir todo aquello que es saludable para ser feliz en un corto plazo.

El éxito del apoyo familiar que se le brinda al enfermo se refleja en la evolución de su estado de ánimo, su disposición a seguir el tratamiento farmacológico y la aceptación del problema, por lo que sí es posible luchar contra el cáncer y lograr una mejor calidad de vida.²¹

4. EVIDENCIA

Un estudio realizado en Monterrey, México en el año 2010 de tipo longitudinal en el cual se pretendía saber la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama realizado en Monterrey, donde se realizaron 3 evaluaciones de las variables involucradas, en el cual la muestra total de pacientes fue de 36 que cumplieron los criterios de inclusión a satisfacción de dicho estudio, se observó que el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la vida sociofamiliar se observa con bastante frecuencia, en dicho estudio realizado se observó que en el 45% de las pacientes la calidad de vida fue buena versus 55% con mala calidad de vida, esto relacionado a una falta de información acerca de la enfermedad, su tratamiento y sus consecuencias, por lo que aumenta la presencia de síntomas depresivos y por consiguiente la afectación de los roles dentro de la familia, trayendo como consecuencia un mal apego al tratamiento, al seguimiento de la enfermedad y una mala calidad de vida en las pacientes.²²

A su vez en Perú se realizó un estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento ambulatorio utilizando el instrumento de recolección Encuesta Arras-QLQ C30 para cáncer de mama de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (ERCOT), mismo que se utilizará en la presente investigación, en donde a través de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal realizado en el 2010, donde se estudiaron a 125 mujeres con los criterios de inclusión establecidos en dicha investigación, se obtuvieron resultados del 48% de las pacientes las cuales perciben su calidad de vida como buena.²³

Así mismo, del conjunto de la literatura científica consultada a cerca de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, se han revisado un total de 13 artículos cuyo diseño de estudio ha sido una revisión sistemática. Del año 2004, 2005 y 2006; cuatro artículos del año 2008, uno del 2009, otro del 2010, uno de 2011 y dos del 2012. Finalmente, el más reciente de 2013 donde se han realizado intervenciones psicológicas, psicoterapéuticas, no farmacológicas-psicosociales y recogen un amplio abanico de perspectivas, técnicas y terapias: terapia de comportamiento, terapia cognitivo-conductual, educación, counselling, grupos de apoyo, etc. Se concluye que la calidad de vida de las pacientes portadoras de cáncer de mama está influida por factores derivados del cáncer (tipo, estadio, pronóstico, ubicación de paciente en el continuo diagnóstico, tratamiento y recidiva), del paciente (recursos interpersonales para enfrentar situaciones difíciles, apoyo socio-interpersonal, apoyo familiar y la etapa de la vida) y del entorno social (opiniones y estigmas, disponibilidad de tratamientos, creencias populares sobre sus causas).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 ¿Cuál es la calidad de vida de las pacientes con Cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación DF Sur?

6. JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama puede verse influenciada por diversas situaciones que enfrentan las pacientes a lo largo de su enfermedad, entre ellas una red de apoyo, aunado al tipo de tratamiento al que se someta la paciente portadora de Cáncer de mama ya sea quimioterapia,

radioterapia, hormonoterapia o cirugía, dependiendo del estadio de diagnóstico del cáncer, lo cual va a tener un impacto sobre el pronóstico de su enfermedad. El diagnóstico de cáncer de mama produce un gran impacto tanto en la paciente como en su familia por la mortalidad asociada a dicha patología, además de tener un gran impacto sobre la salud de las pacientes, ya que los tratamientos recibidos son de alta agresividad para el organismo.

Indiscutiblemente forma parte de una crisis paranormativa la cual es un proceso continuo de cambios inesperados e incontrolados que tienen gran impacto sobre la esfera psicosocial de las pacientes, teniendo gran repercusión en la dinámica familiar que muchas veces interfieren en el éxito del tratamiento y por consiguiente con el pronóstico y calidad de vida de la enfermedad.

Por tal motivo las funciones ejercidas por la mujer portadora de cáncer de mama cambian en el ámbito de los roles familiares ya que se requiere de cuidadores, gastos económicos y redes de apoyo complementarias, por lo que el apoyo familiar se vuelve indispensable durante el tiempo que dure la atención a la paciente, factor que repercute de manera importante en una adecuada o mala evolución de la enfermedad reflejándose en el pronóstico y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

Con este estudio se pueden obtener beneficios para la paciente, la familia, el médico y para la institución. Para la paciente es importante identificar una red de apoyo efectiva que le permita un mejor pronóstico para su enfermedad, para el médico encontrar aquellos factores de riesgo o protectores que permitan la toma de decisiones que más convenga a la individualidad de cada paciente y familia y para el instituto determinar la importancia de la implementación de un programa que ayude a otorgar orientación familiar a cerca del impacto del cáncer de mama en su paciente y familia que contribuya a un apego al tratamiento y al apoyo para conseguir una mejor calidad de vida tanto en el tiempo que dure su tratamiento como a futuro como sobreviviente de esta enfermedad.

7. OBJETIVOS:

7.1 OBJETIVO GENERAL: Evaluar la calidad de vida de las pacientes con Cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación DF Sur

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir las características de las pacientes con Cáncer de mama captadas durante el presente estudio (estadio de cáncer, tiempo de diagnóstico, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, red de apoyo familiar, funcionalidad familiar, estrato socioeconómico)
- Evaluar la red de apoyo de las pacientes con cáncer de mama y su relación con la calidad de vida
- Evaluar el funcionamiento de las familias de las pacientes con cáncer de mama a través del instrumento APGAR familiar

8. HIPOTESIS:

Hipótesis alterna: La calidad de vida de las pacientes con Cáncer de mama adscritas a la UMF 15 es buena en un 50%

9. MATERIAL Y METODOS:

9.1 Diseño de la investigación: Observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo.

9.2 Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 15 del instituto Mexicano del Seguro Social Delegación DF Sur. **Tiempo:** 2016-2017. **Población:** Mujeres derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina familiar No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social a las cuáles se registraron con el diagnóstico Cáncer de mama en el periodo 2016 – 2017, las cuales fueron 98 pacientes **Muestra:** el tamaño de muestra se realizó con la siguiente fórmula, resultando del cálculo un total de 79 pacientes.

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Dónde:

Z= Nivel de confianza (95%)

p= porcentaje de la población que tiene el atributo deseado (98)

q= porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado (6)

N= tamaño del universo (92)

e= error de estimación aceptado (5%)

n= tamaño de la muestra

9.3 Variables:

Dependiente:

- **Calidad de vida:**

Definición conceptual: Valoración subjetiva del paciente sobre su bienestar global, tanto en relación a la salud como a las consecuencias de la enfermedad y tratamientos.

Definición operativa: Evaluación subjetiva del paciente a cerca de su estado de salud y su tratamiento

Variable: Es una variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala de medición: Se evaluará como buena o mala.

Independientes:

- **Red de apoyo familiar:**

Definición conceptual: Ayuda afectiva, emocional e instrumental que proporciona la familia a la persona con cáncer para adaptarse al proceso de su enfermedad. Valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros, es decir, la percepción de que es amado y estimado por los demás.

Definición operativa: Apoyo con el que cuenta el paciente y que influye directamente sobre su enfermedad y tratamiento

Variable: Cualitativa nominal politómica.

Escala de medición: Se calificará según el instrumento de medición como mala, regular, buena y muy buena.

- **Funcionalidad familiar:**

Definición conceptual: Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las cuales atraviesa. Esto incluye el desempeño de roles familiares.

Definición operativa: Adaptación y enfrentamiento de eventos familiares

Variable: Cualitativa ordinal

Escala de medición: Se incluye el APGAR familiar que mide el funcionamiento familiar en el momento en el que individuo contesta la encuesta. 0-3 puntos disfunción grave, 4-6 disfunción moderada y 7-10 familia funcional.

- **Estadio de cáncer:**

Definición conceptual: Etapa de desarrollo en la que se encuentra la enfermedad, incipiente o avanzada.

Definición operativa: Clasificación de la enfermedad

Variable: Cualitativa Ordinal

Escala de medición:

Etapa I: Inicial, no más de 2 cm de diámetro sin diseminación

Etapa II: 2 a 5 cm, diseminación a ganglios linfáticos

Etapa III: Tumor grande sin diseminación

Etapa IIIA: Menor de 5 cm con diseminación a ganglios axilares y linfáticos tiene conexión con otras estructuras o mayor de 5 cm con diseminación a ganglios axilares

Etapa IIIB: Invasión a pared torácico piel de seno o diseminación a ganglios debajo del esternón

Etapa IIIC: Diseminación a ganglios linfáticos bajo esternón y la axila, clavícula, tumor de cualquier tamaño

Etapa IV: Metástasis

- **Tiempo de diagnóstico:**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde que se hizo diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama

Definición operativa: Tiempo desde que se realizó el diagnóstico de cáncer a la fecha

Variable: Cuantitativa continua

Escala de Medición: Se mide en años meses o días

- **Edad:**

Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido de una persona desde el momento de su nacimiento en años

Definición operativa: Número de años de vida cumplidos que refiera la paciente

Variable: Cuantitativa discreta

Escala de medición: Años

- **Ocupación**

Definición conceptual: Actividad económica habitual que realiza un individuo

Definición operativa: Actividad a la que se dedica la paciente habitualmente

Variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: No aplica

- **Estado civil:**

Definición conceptual: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio.

Definición operativa: Estado civil de la paciente al momento del estudio

Variable: Cualitativa nominal politómica

Escala de medición: Se medirá según nuestro instrumento en soltera, casada, unión libre, divorciada, viuda, separada.

- **Escolaridad:**

Definición conceptual: Grado máximo de estudios obtenidos

Definición operativa: Último grado escolar cursados por la paciente

Variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Según nuestro instrumento se medirá en analfabeta, primaria, secundaria, carrera técnica, preparatoria, licenciatura, posgrado.

- **Estrato socioeconómico:**

Definición conceptual: Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, para el cobro diferencial, es decir, para asignar subsidios y cobrar sobrecostos o contribuciones.

Definición operativa: Clases o grupos en que se divide la población de acuerdo a la posición económica y social

Variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Se mide a través del instrumento índice simplificado de pobreza familiar (ISPF) que clasifica según su puntuación de 0-3 sin evidencia de pobreza familiar, 4-6 pobreza familiar baja, 7-9 pobreza familiar media, 10-12 pobreza familiar alta.

9.4 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama registradas en la UMF no. 15 en el periodo 2016-2017
- Pacientes con disposición a participar en el estudio previo consentimiento informado firmado

9.5 Criterios de exclusión:

- Pacientes sin registro
- Pacientes que no acepten participar en el estudio

9.6 Criterios de eliminación:

- Pacientes finadas al momento de realizar investigación
- Instrumento no válido (mal llenado de formato)

9.7 Método:

- A través del registro de pacientes captadas por el servicio de Epidemiología y Medicina Preventiva con diagnóstico de cáncer de mama censadas en los años 2016-2017, se realizó el contacto de las

pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para realizar la entrevista directa y aplicación del instrumento de investigación, se citaron para acudir a la Unidad de Medicina Familiar No. 15 en el auditorio principal para llevar a cabo la entrevista, se explicó el fin de la investigación y de las pacientes que accedieron a participar, se solicitó firmar el consentimiento informado para proceder a la entrevista y recabar la información

9.8 Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado es la Encuesta Arras-QLQ C30 para cáncer de mama de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (ERCOT), ha sido validado en diferentes países, incluido México, para diferentes tipos de cáncer.

El módulo general del cuestionario de calidad de vida (EORTC QLQ-C30) consta de 30 ítems que corresponden a las 30 preguntas del cuestionario que reflejan la múltiple dimensionalidad de la calidad de vida, en los cuales se evalúan síntomas, ámbito emocional, físico, cognitivo y social.

El cuestionario El EORTC QLQ-C30 combina dos formatos de respuesta: Dicotómica (si/no) y tipo Likert de cuatro (en absoluto, poco, bastante y mucho) y siete puntos (desde pésimo a excelente). A mayor puntuación, mayor calidad de vida, siendo el 45 el máximo valor posible. Con el puntaje obtenido se realizará una variable dicotómica, calificando como buena y mala calidad de vida (0-22 mala, 23-45 buena)

Se incluye en el instrumento el índice simplificado de pobreza familiar (ISPF) que clasifica según su puntuación de 0-3 sin evidencia de pobreza familiar, 4-6 pobreza familiar baja, 7-9 pobreza familiar media, 10-12 pobreza familiar alta.

Se incluye el APGAR familiar que mide el funcionamiento familiar en el momento en el que individuo contesta la encuesta. 0-3 puntos disfunción grave, 4-6 disfunción moderada y 7-10 familia funcional.

Por último, se incluye el cuestionario de apoyo familiar integrado por 13 ítems con 4 opciones de respuesta tipo Likert. De acuerdo al instrumento, la calidad de apoyo familiar se califica: 1-13 malo, 14-26 regular, 27-39 bueno y 40-52 muy bueno, por lo que el instrumento tuvo un valor mínimo de 13 y máximo 52. Conjuntamente los cuestionarios incluidos en el instrumento de recolección de datos, cuentan con un Alpha de Cronbach de 0.87.

Se realizará la encuesta Arras-QLQ C30 para cáncer de mama de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (ERCOT) a las pacientes seleccionadas de manera física con previo consentimiento informado y explicando el fin de dicha investigación.

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 25, de donde se obtuvieron los datos estadísticos

Análisis descriptivo: Se realizó un análisis de todas las variables (dependientes e independientes). La finalidad del análisis fue conocer la naturaleza de la información que se recabó, así como representar y resumir el conjunto de datos.

11. CONSIDERACIONES ETICAS

En la investigación médica es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Como lo indica la Declaración de Helsinki la investigación médica debe de ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. Todo proyecto de Investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para los participantes.

Según la Ley General de salud en su artículo 100 la investigación en seres humanos se desarrollará conforme los principios científicos y éticos que justifican la presente investigación y podrá realizarse cuando exista una seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto. Tal es el caso de la presente investigación, donde se utilizan técnicas de encuesta, que han mostrado su eficacia, seguridad y confiabilidad, por lo tanto, no constituyen procedimientos de riesgo para los pacientes.

Para efectos de este reglamento la presente investigación se clasifica como “Investigación sin riesgo”, de acuerdo al Título segundo: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17, de la Ley General de Salud, de acuerdo a la definición de riesgo como probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención ni modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan

en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de conducta. En este caso se aplicaron instrumentos tipo cuestionario que miden aspectos como: sintomatología, efectos y aspectos relacionados con el tratamiento y dimensiones familiares que relacionan: calidad de vida, imagen corporal, sexualidad, miedos y recaídas, a través de varias escalas, se incluye el APGAR familiar que mide el funcionamiento familiar en el momento en el que individuo contesta la encuesta y por último, se incluye el cuestionario de apoyo familiar

Los procedimientos de la investigación se encuentran dentro del marco del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y de la Declaración de Helsinki.

El presente protocolo cuenta con un formato de consentimiento informado, para la protección de datos personales, el cual se obtuvo al inicio del estudio, solo se incluyó a pacientes que firmaron y aceptaron previa explicación de los procedimientos, riesgos y beneficios de su participación.

Las contribuciones de este estudio para los participantes son debido a una mayor información brindada a cerca de su enfermedad, y los beneficios que implican las redes de apoyo a lo largo de evolución y tratamiento, además del impacto sobre su calidad de vida.

El balance riesgo/beneficio de esta investigación está inclinado hacia el beneficio pues al considerarse un estudio con riesgo mínimo y las contribuciones que pudieron derivarse de la presente investigación. La participación fue voluntaria y los sujetos tuvieron la posibilidad de retirarse cuando así lo decidieran, sin repercusiones en el acceso a los servicios de salud ni en su atención médica.

Existe la posibilidad de que se identifique en los pacientes con mala calidad de vida y apoyo negativo de la familia por lo que se referirán con su médico familiar para evaluación y tratamiento. Como lo establecen los procedimientos de atención médica, todos los pacientes estarán vigilados por su médico tratante y podrán implementarse las medidas apropiadas para el caso.

La información que se obtuvo en este estudio es estrictamente confidencial.

12. RECURSOS

Humanos:

Investigador principal: Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la UMF no. 15 del IMSS

Asesor Principal: Dr. Pablo Roberto Castro Guadalupe. Médico Familiar adscrito a la UMF no. 15 del IMSS

Metodológico: Dra. Karen Areli Pecina Roldán. Médico Epidemiólogo adscrito a la UMF no. 31 del IMSS

Físicos:

Área física: Consultorio médico designado para la recepción de las pacientes de dicho estudio

Cuestionarios foliados aplicables a las pacientes implementado por el investigador principal

Materiales:

1 computadora, censos electrónicos de pacientes con cáncer de mama brindados por servicio de Epidemiología, carpetas de concentrado de información de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama 2016 y 2017 del servicio de Medicina Preventiva, plumas, lápices, hojas blancas.

Financieros:

Proporcionados por el investigador principal

13. CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses en el desarrollo de dicha investigación

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TAREA	AGO2017	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE 2018	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Redacción y correcciones	P X R	X X	X X														
Envío a Comité	P R		X		X												
Aceptación de trabajo de investigación	P R			X	X											X	
Obtención de expedientes y captura de información	P R					X	X	X	X	X	X	X	X				
Análisis e interpretación de resultados	P R										X	X		X	X		X
Elaboración de informe final	P R												X	X	X	X	X

15. RESULTADOS:

Se captó como población a 98 pacientes las cuáles se encontraban registradas y censadas con diagnóstico de cáncer de mama durante el periodo 2016-2017, el tamaño calculado de muestra fue de 79 pacientes, sin embargo se incluyeron en el estudio un total de 92 mujeres las cuales participaron bajo consentimiento. 4 pacientes presentaron negativa en la participación y 2 tuvieron un mal llenado del instrumento de recolección de datos. Del total de 92 mujeres se obtuvieron los siguientes resultados:

En edad la media fue de 54 años, en un rango comprendido entre los 26 a los 83 años; 28 (25.7%) eran menores de 50 años; 33 (30.3%) estaban en el rango de 50 a 59 años; 31 (28.5%) eran mayores de 60 años (Tabla y gráfico 1).

La frecuencia en estado civil fue: 51 (55.4%) eran mujeres casadas; 2 (2.2%) eran divorciadas; 4 (4.3%) eran separadas; 14 (15.2%) eran solteras; 3 (3%) unión libre; 18 (19.6%) eran viudas. (Tabla y gráfico 2).

La escolaridad resultó en una distribución porcentual de: 8 (8.7%) sin ninguna escolaridad; 27 (29.3%) formación primaria; 14 (15.2%) escolaridad secundaria; 8 (8.7%) bachillerato; 16 (17.4%) carrera técnica 4 (4.3%) estudios superiores, 15 (16.3%) nivel profesional). (Tabla y gráfico 3).

Ocupación laboral, el 1% (1.1%) era desempleada; 17 (18.5%) era empleada; 52 (56.5%) se dedica al hogar, ama de casa; 7 (7.6%) eran jubiladas; 1 (1.1%) obreras y 14 (15.2%) mujeres profesionistas. (Tabla y gráfico 4).

Para el estadio clínico según el TNM obtenido a través del expediente clínico, fue el siguiente: resultó que en ese momento se encontraban un número de pacientes 17 (18.5%) en estadio 0; 13 (14.1%) estadio I; 22 (23.9%) estadio IIA; 14 (15.2%) estadio IIB ya con metástasis; 8 (8.7%) estadio III A; 7 (7.6%) estadio III B; 6 (6.5%) estadio III C y en etapas terminales 5 (5.4%) estadio IV. (Tabla y gráfico 5).

Para la variable de tratamiento médico y/o quirúrgico encontramos que 19 pacientes (20.7%) no habían recibido un tratamiento, 4 (4.3%) con cuadrantectomía, 26 (28.3%) con mastectomía; 12 con mastectomía más radioterapia; 16 (17.4%) mastectomía más quimioterapia; 15 (16.3%) con mastectomía, quimioterapia y radioterapia (Tabla y gráfico 6).

Nivel socioeconómico tenemos distribución de 39 pacientes (42.4%) sin pobreza; 46 (50%) con pobreza baja; 7 (7.6%) pobreza media. (Tabla y gráfico 7).

Los resultados para funcionamiento familiar son los siguientes; 3 mujeres (3.3%) con disfunción grave; 7 (7.6%) disfunción moderada y 82 (89.1) con buena funcionalidad familiar. (Tabla y gráfico 8).

Los resultados según el cuestionario de apoyo familiar, recordando su clasificación: 1-13 malo, 14-26 regular, 27-39 bueno y 40-52 muy bueno, por lo que el instrumento tuvo un valor mínimo de 13 y máximo 52. Son los siguientes: malo 7 mujeres (6.44%); regular 33 (30.36%); bueno 40 (36.8%); muy bueno 12 (11.04%). (Tabla y gráfico 9).

Los resultados para calidad de vida fueron 47 mujeres (51.1%) como buena calidad de vida y 45 (48.8%) como mala calidad de vida. (Tabla y gráfico 10).

En cuanto a los resultados por dimensiones obtenidos, tenemos que en la dimensión del *funcionamiento físico*, el 41% de las mujeres (37) refirió tener dificultad para dar un paseo largo; el 18% (16) tiene dificultad para realizar esfuerzos importantes como llevar una bolsa de compra o una maleta. Teniendo en cuenta las limitaciones funcionales de las pacientes, el 15% (13) tuvo impedimento importante para hacer su trabajo y el 13% (11) tuvo limitaciones para sus actividades de ocio y entretenimiento. De acuerdo a los *síntomas* que presentaron las pacientes por el tratamiento oncológico, el 58% (53) de los casos reportó algún grado de cansancio, un poco 42% (42), bastante 12% (11) y mucho 4% (3). En forma similar, el 57% (52) necesitó tiempo para descansar en algún nivel y el 54% (49) ha tenido dificultades para dormir. El dolor fue reportado por 50% de las pacientes (46), y en el 45% (41) el dolor interfirió en sus actividades diarias. El 53% (48) tuvo estreñimiento y el 26% (23) refirió falta de apetito. En la *función cognitiva*, se encontró que el 68% (62) de las mujeres tuvo alguna dificultad para recordar cosas y el 21% (19) para leer el periódico o ver la televisión. En relación al *estado emocional*, el 75% de las mujeres (69) refirió sentirse preocupada, el 64% (58) sentirse nerviosa, deprimida 46% (42) y 43% (39) irritable. En el *desenvolvimiento social*, el 60% de las encuestadas (55) indicó que no interfirió su estado físico o su tratamiento médico en su vida familiar, por el contrario, comentaron el apoyo permanente de familiares y amigos. (Tabla y gráfico 11).

15.1 TABLAS Y GRAFICAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución porcentual por edad

EDAD	n (%)
>60	31 (28.52)
50 a 59	33 (30.36)
< 50	28 (25.76)

Gráfico 1. Distribución porcentual por edad

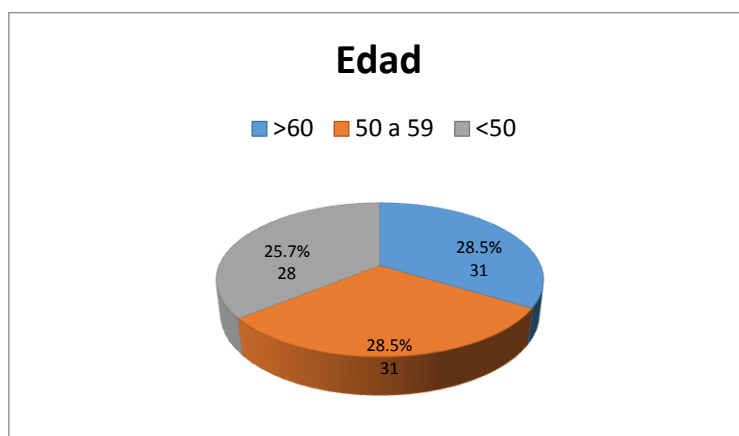


Tabla 2. Distribución porcentual por estado civil

n= 92	n.	%
Casada	51	55.4
Divorciada	2	2.2
Separada	4	4.3
Soltera	14	15.2
Unión libre	3	3
Viuda	18	19.6

Gráfico 2. Distribución porcentual por estado civil

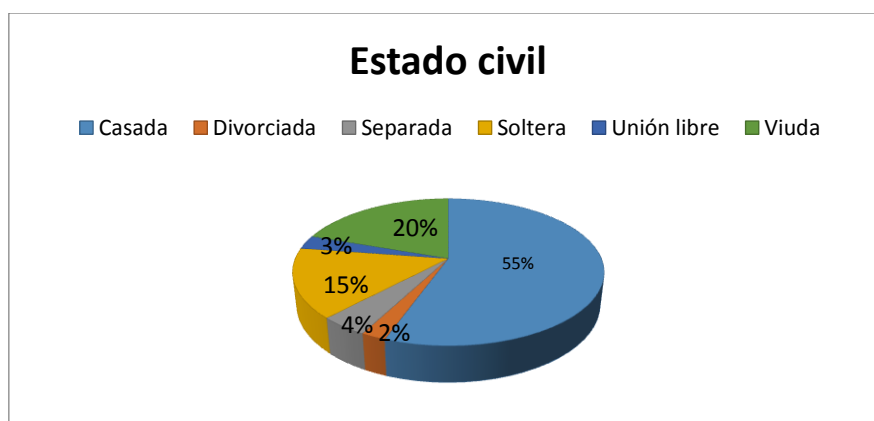


Tabla 3. Distribución porcentual por escolaridad

n=92	n.	%
Ninguna	8	8.7
Primaria	27	29.3
Secundaria	14	15.2
Bachillerato	8	8.7
Carrera técnica	16	17.4
Superior	4	4.3
Profesionista	15	16.3

Gráfico 3. Distribución porcentual por escolaridad

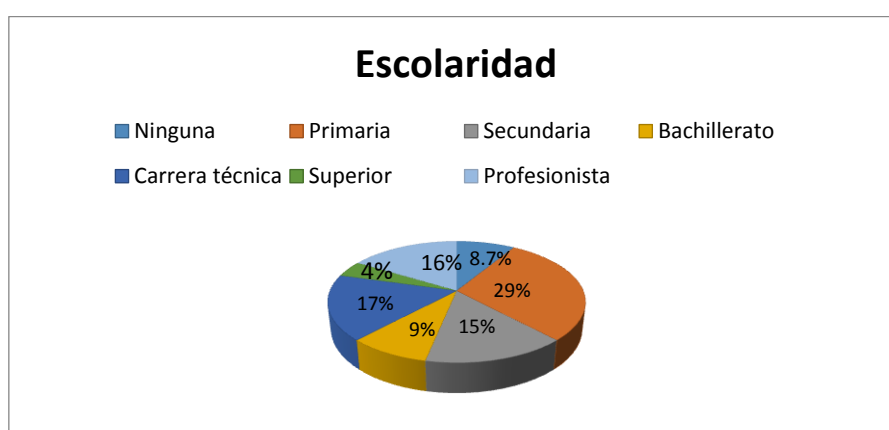


Tabla 4. Distribución porcentual por ocupación

N=92	n.	%
Desempleada	1	1.1
Empleada	17	18.5
Hogar	52	56.5
Jubilada	7	7.6
Obrera	1	1.1
Profesionista	14	15.2

Gráfico 4. Distribución porcentual por ocupación

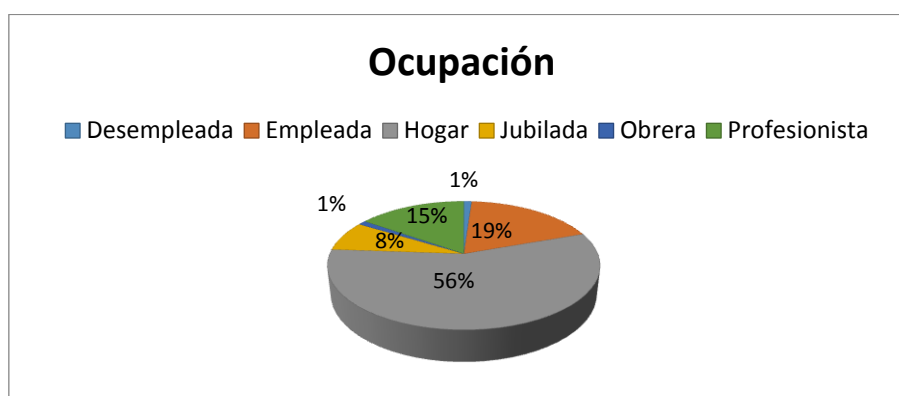


Tabla 5. Distribución porcentual por estadio clínico

N=92	n	%
0	17	18.5
I	13	14.1
IIA	22	23.9
IIB	14	15.2
IIIA	8	8.7
IIIB	7	7.6
IIIC	6	6.5
IV	5	5.4

Gráfico 5. Distribución porcentual por estadio clínico

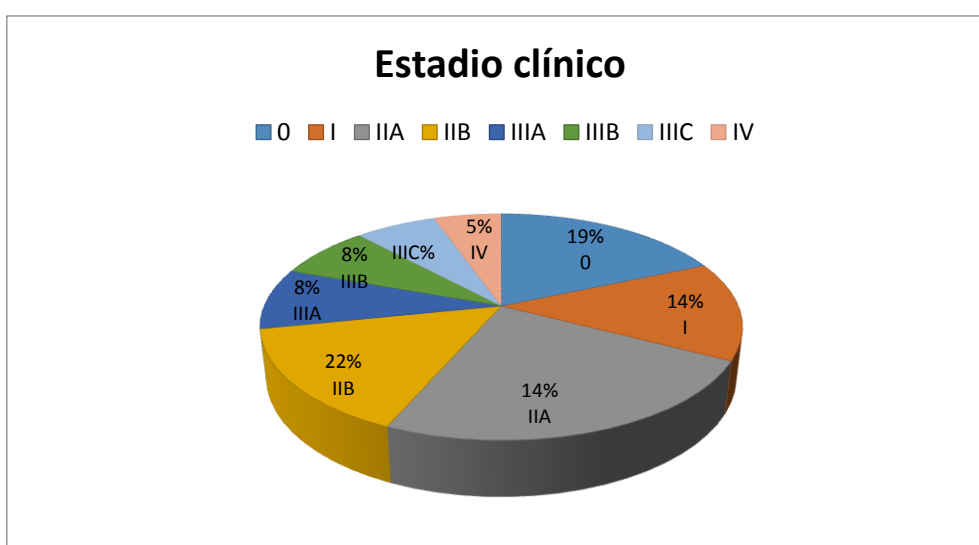


Tabla 6. Distribución porcentual por tratamiento

n=92	n	%
Ningún tratamiento	19	20.7
Cuadrantectomía	4	4.3
Mastectomía	26	28.3
Mastectomía + radioterapia	12	13
Mastectomía + quimioterapia	16	17.4
Mastectomía + radio + quimio	15	16.3

Gráfico 6. Distribución porcentual por tratamiento

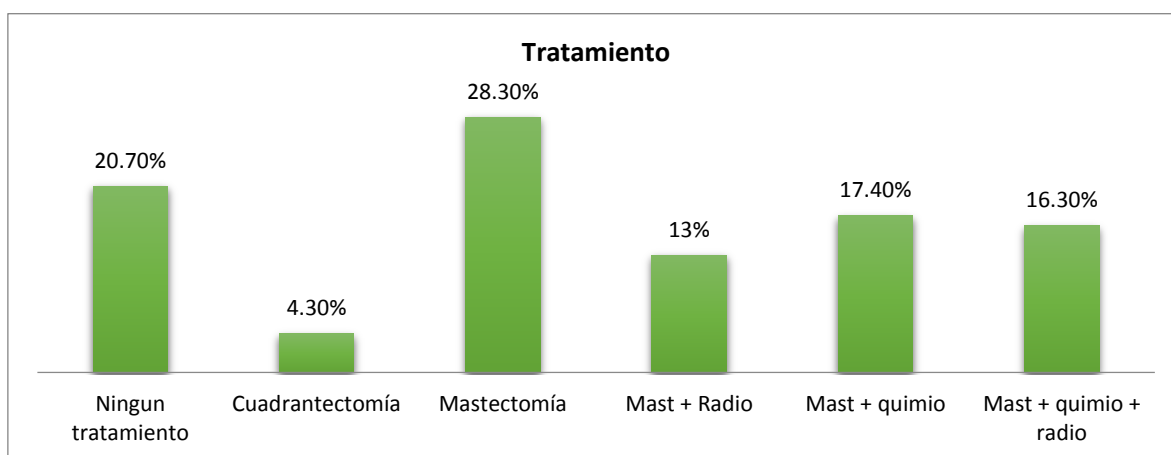


Tabla 7. Distribución porcentual por nivel socioeconómico

n=92	n	%
Sin pobreza	39	42.4
Pobreza baja	46	50
Pobreza media	7	7.6

Gráfico 7. Distribución porcentual por nivel socioeconómico

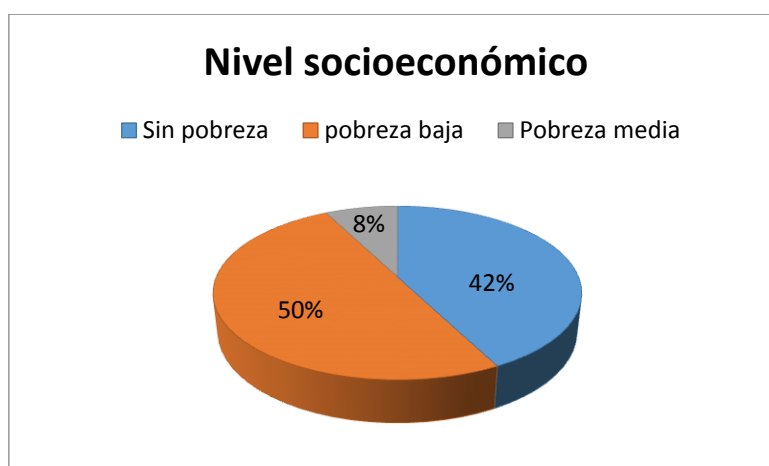


Tabla 8. Distribución porcentual por funcionalidad familiar

N=92	n	%
Disfunción grave	3	3.3
Disfunción moderada	7	7.6
Funcional	82	89.1

Gráfico 8. Distribución porcentual por funcionalidad familiar

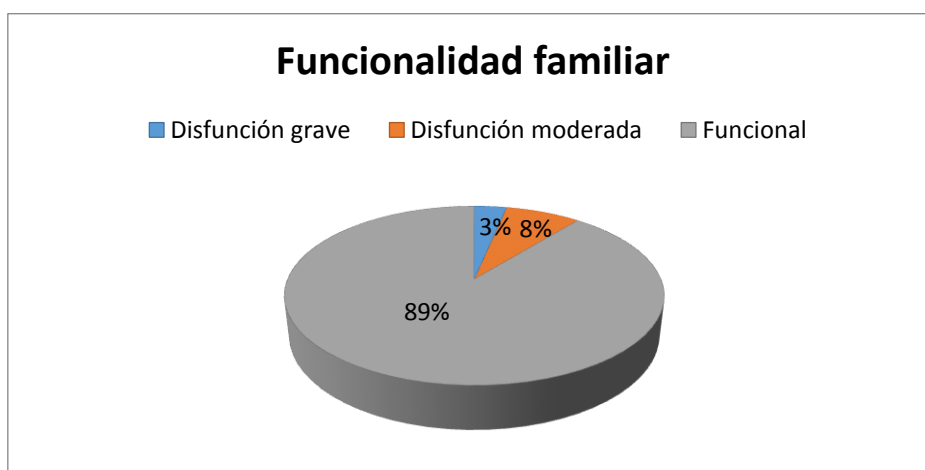


Tabla 9. Distribución porcentual de cuestionario de apoyo familiar

Apoyo	N=92	%
Malo	7	6.44
Regular	33	30.36
Bueno	40	36.8
Muy bueno	12	11.04

Gráfico 9. Distribución porcentual de cuestionario de apoyo familiar

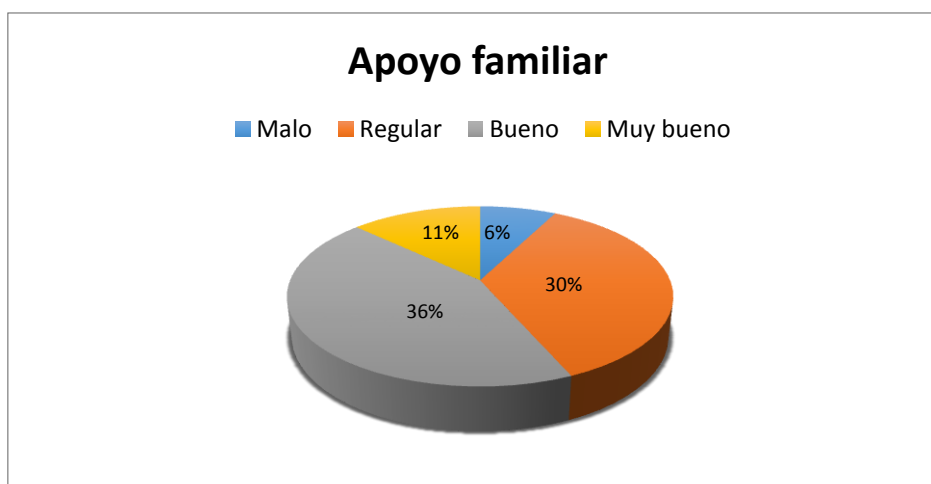


Tabla 10. Resultado de calidad de vida relacionada con la salud

Variable	N=92	%
Mala	45	48.9
Buena	47	51.1
Total	92	100

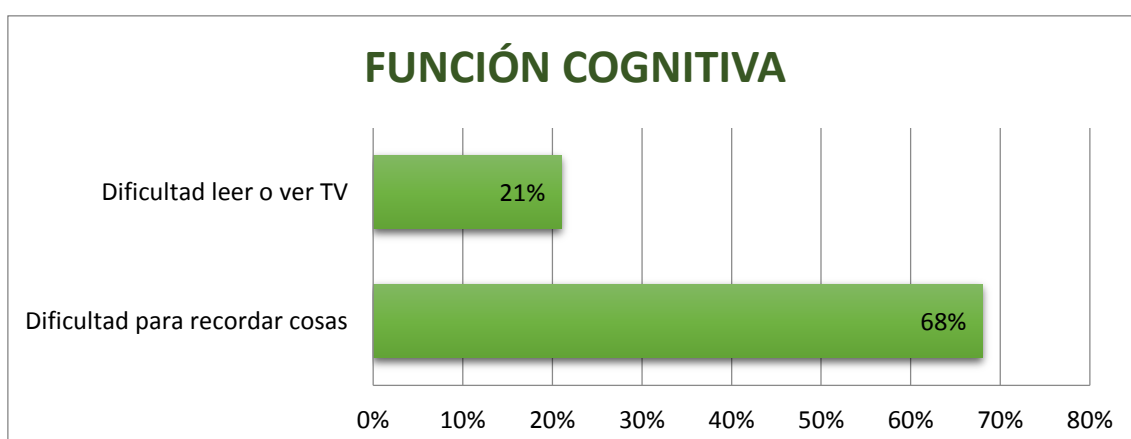
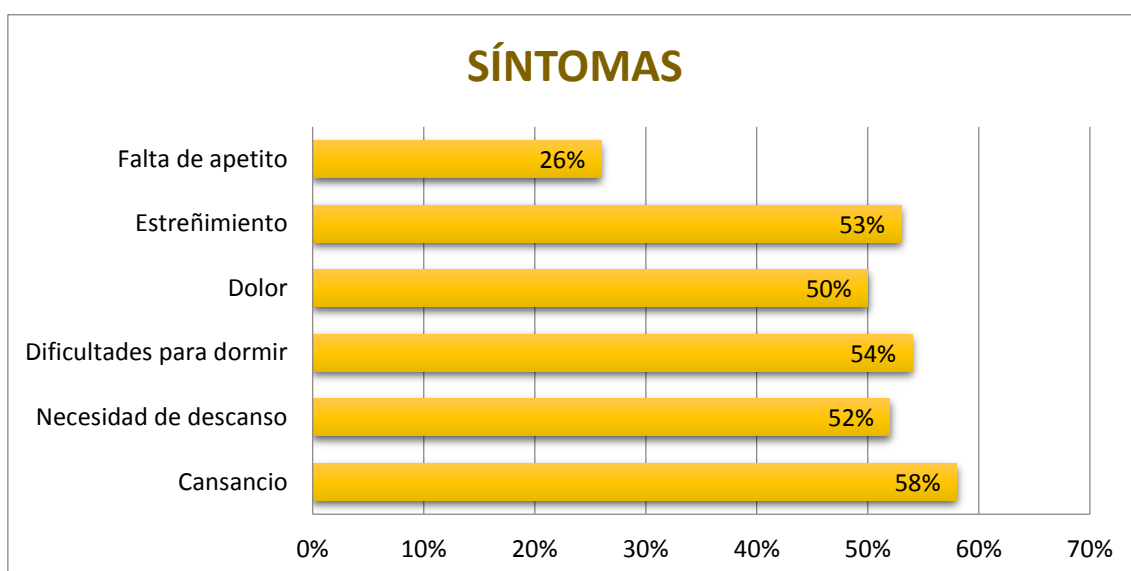
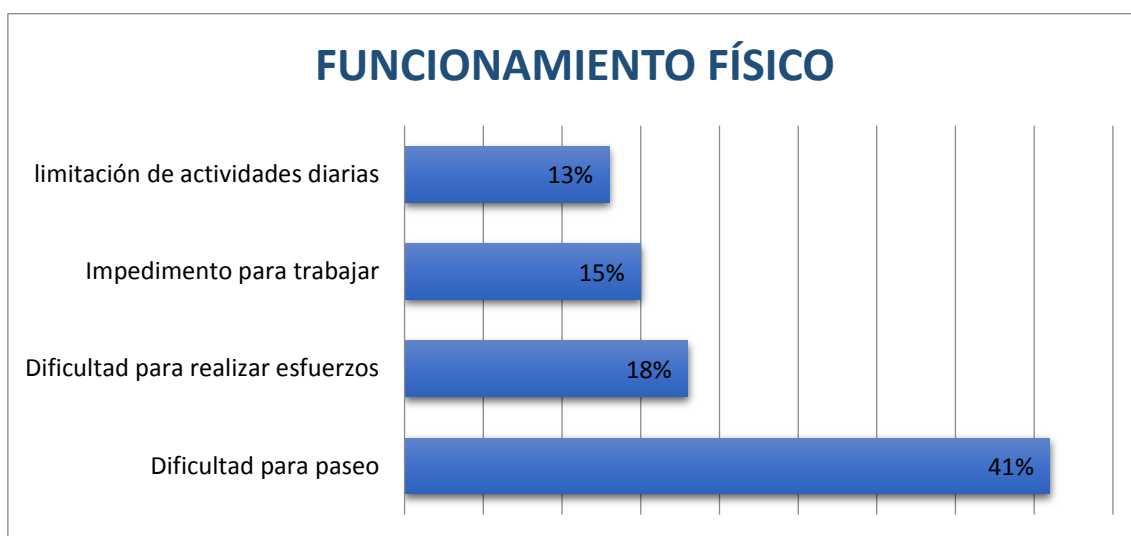
Gráfico 10. Resultado de calidad de vida relacionada con la salud

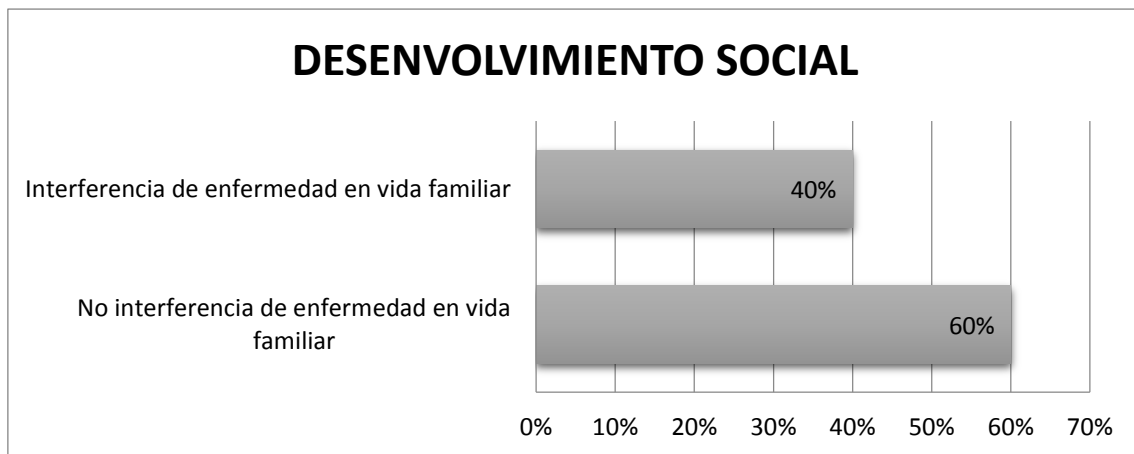
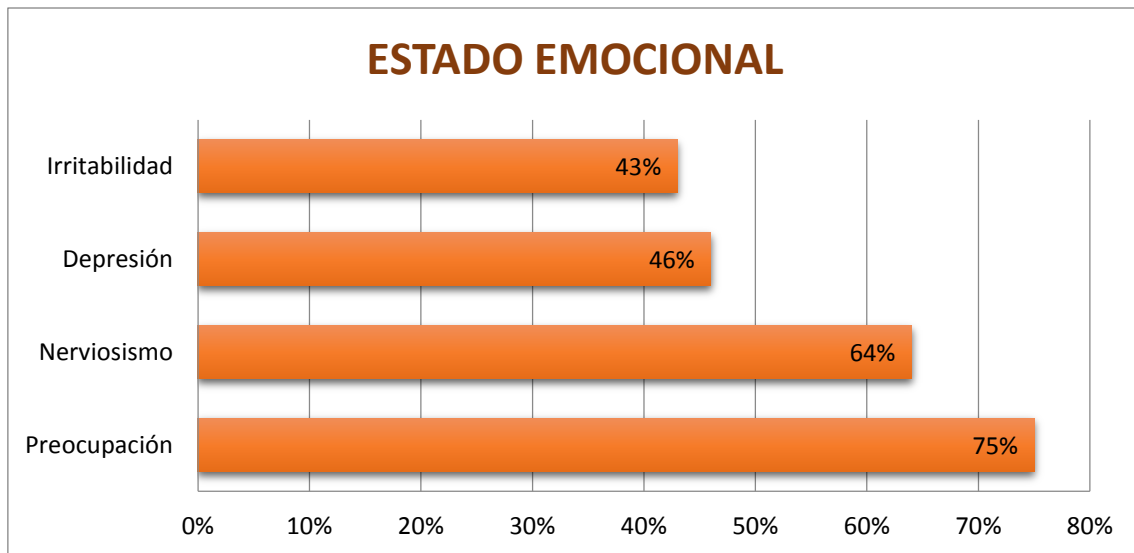


Tabla 11. Resultado de dimensiones evaluadas

Dimensión	Aspecto	%	T n=92
Funcionamiento físico	Limitación en actividades diarias	13%	11
	Impedimento para trabajar	15%	13
	Dificultad para realizar esfuerzos	18%	16
	Dificultad para dar un paseo	41%	37
Síntomas	Falta de apetito	26%	23
	Estreñimiento	53%	48
	Dolor	50%	26
	Insomnio	54%	49
	Necesidad de descanso	52%	47
	Cansancio	58%	53
Función cognitiva	Dificultad para leer o ver Tv	21%	19
	Dificultad para recordar las cosas	68%	62
Estado emocional	Irritabilidad	43%	39
	Depresión	46%	42
	Nerviosismo	64%	58
	Preocupación	75%	69
Desenvolvimiento social	Interferencia de enfermedad en vida familiar	40%	36
	No interferencia de enfermedad en vida familiar	60%	56

Gráfico 11. Resultado de dimensiones evaluadas





15. CONCLUSIONES:

La calidad de vida percibida por las mujeres con cáncer de mama incluidas en este estudio, es buena. Esto llama la atención pues a pesar de que el cáncer de mama significa un problema de salud revolucionario y de impactante trascendencia en la vida de la mujer, es un problema el cual se enfrenta de una forma positiva en la mayoría de los casos. Esto puede deberse a que ante una crisis, como lo es el cáncer de mama, la familia y redes de apoyo tienden a ser positivas para una mejor superación del problema.

Con los resultados obtenidos en esta investigación podemos decir que nuestra hipótesis alterna se confirma “Las pacientes con cáncer de mama adscritas a la UMF 15 es buena en el 50% de las pacientes”.

16. DISCUSIONES:

Los resultados en la presenta investigación concuerdan con los resultados de otros estudios ya realizados en México y comentados anteriormente como

evidencia, donde las pacientes perciben su calidad de vida como buena a pesar de las adversidades de la enfermedad, desempeñando papel importante el apoyo familiar con el que cuentan. Llama la atención que en dichos estudios los resultados eran en menor porcentaje de pacientes, esto es tal vez debido a que a través del tiempo se cuenta con mayor número y mejores recursos tecnológicos y de difusión de información, así como ha tomado relevancia el cáncer de mama como problema de salud en los diferentes sectores, por lo que las pacientes han tenido más acceso a la información así como al diagnóstico oportuno de su enfermedad y por lo tanto el pronóstico y la calidad de vida han mejorado a través del tiempo.

Otro fenómeno observado fue el grado de satisfacción de apoyo familiar y la funcionalidad familiar que se evaluó a través del Apgar familiar; Esto cobra importancia ya que se pueden implementar acciones para una mayor y mejor detección de éste factor de riesgo en el consultorio de Medicina Familiar y en las unidades especializadas de tratamiento para estas pacientes. Sabemos que el Apgar es un instrumento para evaluar la funcionalidad familiar el cual es sencillo, consta de 5 preguntas y con la realización de este cuestionario el Médico se puede dar una idea de la funcionalidad en la familia de una paciente y puede ser referida a una atención oportuna a Psicología, Psiquiatría o una terapia familiar dependiendo de la gravedad del caso. Esto con base en estudios en donde se ha demostrado que disminuir un factor de riesgo es suficiente para tener un mejor apego a tratamiento médico y así una mejor respuesta ante la enfermedad resultando en una mayor calidad de vida para nuestras pacientes.

La edad fue de una media de 54 años, esto confirma los aspectos epidemiológicos donde se sabe que el cáncer de mama se presenta frecuentemente en mujeres mayores de 25 años y fuera de este rango de edad es menos probable, o más bien, poco diagnosticado.

El estado civil de las mujeres en el estudio eran mayormente casadas y en menor porcentaje las divorciadas lo cual también se manifiesta en las redes y apoyo familiar percibido por las pacientes. Un aspecto social que va en aumento es la relación de parejas del mismo sexo, que en este presente estudio no se detectaron casos, sin embargo no se excluye que en un futuro se puedan presentar, y será de interés saber la relevancia y el impacto en la enfermedad.

La ocupación es de predominio ama de casa con un 56.5%, mostrándonos que la mujer mexicana aún sigue el rol de familia tradicional dentro de la familia como encargada de los hijos y del hogar, al menos en el rango de edad en que se realizó el presente estudio.

Respecto al estadio de la enfermedad, ha sido demostrado que tiene una relación directa para tener una buena o mala calidad de vida por el tipo de tratamiento empleado, ya que originan diferente sintomatología lo que afecta a las funciones social, cognitiva, emocional, funcional y psicológica.

Como ya hemos mencionado, la calidad de vida es un área que abarca muchas variables de estudios las cuales resultan difíciles de estudiar pues gran parte de ellas surgen de la percepción y subjetividad que la paciente asigne a cada una de ellas. Desde 1993 se ha iniciado un mayor estudio de la calidad de vida con el fin de conocer más aspectos trascendentales en las vidas de las pacientes y mejorarla.

La crisis en la familia por enfermedad puede resolverse en amalgamiento o dispersión de los miembros integrantes, si se resuelve en amalgamiento algunas mujeres pueden sentirse más satisfechas con el apoyo recibido sin embargo esto puede ser temporal, ya que posterior a la curación o deceso de la paciente pueden surgir dos caminos, continuar de la misma manera o que el vínculo surgido puede romperse y continuar con un desenlace peor para todos. En el desarrollo del estudio se observó que las mujeres de edad avanzada, tienen una mejor percepción de su calidad de vida ante el cáncer de mama, esto se puede explicar debido a que ellas ya habían dado por “cumplido” su papel de esposa, madre y mujer ante la sociedad, pues ante una sociedad como en la que vivimos, el impacto de esta enfermedad en una mujer joven o reproductivamente hablando es mucho mayor, pues es evidente que compromete el aspecto de vanidad, femineidad, autoestima, salud mental y física, teniendo una mayor repercusión en más ámbitos de su vida, pues comparada con otras enfermedades, el cáncer de mama evidencia una afectación física corporal a simple vista. Por ello es importante que se tomen medidas y se realicen campañas de difusión e información en donde se aborde desde otro punto de vista y perspectiva el cáncer de mama enfocado en la mujer de los “nuevos tiempos” donde se tome en cuenta su autoestima, su rol adoptado ante la sociedad, su salud física y mental, donde ella pueda tomar las

riendas de su propia vida y enfrentar su enfermedad, en algunos casos independiente a una familia o una pareja.

Una situación que pudo observarse durante el desarrollo del estudio, independiente a las estudiadas, fue que la mayoría de las pacientes siempre iban acompañadas por otra mujer, ya sea hija, madre, vecina, amiga, etc. y en menor proporción iban acompañadas de su pareja o marido, algunas pacientes manifestaban que se sentían más cómodas acompañadas por una mujer debido a que podrían comprender mejor su forma de sentir o pensar, ya que se identificaban con el rol de "mujer". De esta premisa podrían surgir nuevas hipótesis o planteamientos de problema para una futura investigación.

17. ANEXOS



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>"Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social"</i>			
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica			
Lugar y fecha:	Unidad de medicina Familiar número 15 del IMSS año 2018			
Número de registro:				
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el objetivo es recibir información y realizar un estudio que a futuro podrá ayudar a pacientes con mi enfermedad			
Procedimientos:	Estoy informado que se me aplicará una encuesta			
Posibles riesgos y molestias:	Me han explicado que al responder la encuesta no tendré molestias debido a que no habrá intervención alguna por parte del responsable de la investigación, únicamente las emociones que puedo llegar a sentir ante alguna pregunta.			
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que no obtendré algún beneficio en específico, sólo contribuiré a obtener conocimientos que en un futuro puede ayudar a personas con mi enfermedad			
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que en cuanto a la información de mi enfermedad deberé acudir con mi médico tratante y que derivado de este estudio no hay alguna otra alternativa de tratamiento que cambie el pronóstico de mi enfermedad			
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria por lo que podré retirarme del estudio en el momento que yo lo desee			
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha informado que no se mencionara mi nombre ni se me identificara de alguna forma en este trabajo ni en otro estudio derivado del mismo			
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;">M.A.</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;">S.I.A.</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;">N.A.</td></tr> </table> No autoriza 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.	M.A.	S.I.A.	N.A.
M.A.				
S.I.A.				
N.A.				
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NA			
Beneficios al término del estudio:	Entiendo que los resultados de este estudio pueden tener beneficio a futuro en personas con mi misma enfermedad			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:				
Investigador Responsable:	Pablo Roberto Castro Guadalupe Matricula: 98158723 Teléfono: 5527467126 e-mail: pacagpe@hotmail.com Fax: sin fax Colaboradores: Dra. Karen Areli Pecina Roldan matricula: 98314867, Teléfono: 5529179097 coreo: karen.pecina@imss.gob.mx, Fax: sin fax. Dra. Casandra Mirely Gómez Cardona matricula 98389738, teléfono: 5539753982, correo: specialp_casmy@hotmail.com, fax sin fax			

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 Congressos, 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

Casandra Mirely Gómez Cardona

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Proyecto de investigación: “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama detectadas en la Unidad de Medicina Familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Encuesta Arras-QLQ C30 para cáncer de mama de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC)

Estimado usuario: los siguientes cuestionarios son con el objetivo de conocer el apoyo que recibe de su familia y cómo ha sido su calidad de vida durante su enfermedad. Le garantizamos que su respuesta será confidencial. Agradecemos su valiosa participación.

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA			
1.- Nombre _____	FECHA: / /	Año de diagnóstico: _____	
2. No. Afiliación _____		Estadificación: _____	
3- Edad en años al ingreso	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
4.- Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Viuda
	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Separada
5.- Nivel de Escolaridad	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria
	<input type="checkbox"/> Carrera técnica	<input type="checkbox"/> Normal superior	<input type="checkbox"/> Profesional o Posgrado
6-Ocupación	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Obrera	<input type="checkbox"/> Empleada
	<input type="checkbox"/> Desempleada	<input type="checkbox"/> Comerciante	<input type="checkbox"/> Jubilada
INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)			
7.- ¿Cuál es el ingreso económico familiar?	<input type="checkbox"/> < 1 salario mínimo	<input type="checkbox"/> 1 a 2 salarios mínimos	<input type="checkbox"/> 3 a 4 salarios mínimos
			<input type="checkbox"/> > 5 salarios mínimos
8.- ¿Cuál es el número de hijos dependientes?	<input type="checkbox"/> > 3 hijos	<input type="checkbox"/> 2 hijos	<input type="checkbox"/> 1 hijo
			<input type="checkbox"/> Ningún hijo
9.-¿Cuál es el grado de educación materna?	<input type="checkbox"/> Sin instrucción	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Primaria completa
			<input type="checkbox"/> Posprimaria
10.-¿Cuál es el número de personas por dormitorio?	<input type="checkbox"/> >5 personas	<input type="checkbox"/> 4 personas	<input type="checkbox"/> 3 personas
			<input type="checkbox"/> 1 a 2 personas
APGAR FAMILIAR			
11.-¿Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?	<input type="checkbox"/> Casi siempre (2)	<input type="checkbox"/> Algunas veces (1)	<input type="checkbox"/> Casi nunca (0)
12.-¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?	<input type="checkbox"/> Casi siempre (2)	<input type="checkbox"/> Algunas veces (1)	<input type="checkbox"/> Casi nunca (0)
13.-¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?	<input type="checkbox"/> Casi siempre (2)	<input type="checkbox"/> Algunas veces (1)	<input type="checkbox"/> Casi nunca (0)
14.-¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?	<input type="checkbox"/> Casi siempre (2)	<input type="checkbox"/> Algunas veces (1)	<input type="checkbox"/> Casi nunca (0)
15.-¿le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan junto?	<input type="checkbox"/> Casi siempre (2)	<input type="checkbox"/> Algunas veces (1)	<input type="checkbox"/> Casi nunca (0)

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE MEJOR SE APLIQUE A SU CASO. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
16.- ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.- ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.- ¿necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al sanitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURANTE LA SEMANA PASADA:				
21.- ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.- ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.- ¿Sintió que se le corto la respiración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.- ¿Ha tenido dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.- ¿Necesitó parar para descansar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.- ¿Ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.- ¿Se ha sentido débil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.- ¿Le ha faltado el apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.- ¿Ha tenido náuseas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.- ¿Ha vomitado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.- ¿Ha estado estreñida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.- ¿Ha tenido diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.- ¿Estuvo cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.- ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.- ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.- ¿Se sintió nervioso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.- ¿Se sintió preocupado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.- ¿Se sintió irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.- ¿se sintió deprimido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.- ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario de apoyo familiar

Estimado usuario: el siguiente cuestionario es con el objetivo de conocer el apoyo que recibe de su familia durante su enfermedad. Le garantizamos que su respuesta será confidencial. Agradecemos su valiosa participación.

Edad: _____ Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Diagnóstico: _____

Pregunta	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Con qué frecuencia mi familia me dice que me quiere?				
Mi familia me motiva para seguir con mi tratamiento				
¿Con qué frecuencia mi familia me acompaña a las consultas médicas?				
Mi familia me anima a expresar mis sentimientos				
Mi familia se preocupa en no dejarme sola y pasar más tiempo conmigo				
Cuando tengo enojo, tristeza, miedo a causa de mi enfermedad, mi familia se muestra tolerante				
Mi familia me da apoyo espiritual hablándome de Dios				
Mis familiares se informan a cerca del tratamiento y evolución de mi enfermedad				
Mis familiares evitan situaciones que me molesten				
Hay alguien de mi familia que me cuenta chistes o me hace pasar un rato agradable				
Mi familia me anima comer				
Mi familia me toma en cuenta en la toma de decisiones				
Mi familia me da los cuidados personales que requiero				

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *World Health Organization: Breast cancer: prevention and control 2014* se consigue en: www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/
2. Organización Panamericana de la salud (OPS) Oficina regional de la OMS, *Estrategia Regional y plan de acción para in enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*, Washington, D.C. OPS, 23010. ISBN 9789275328262.
3. Robles CS, Galanis E, “El cáncer de mama en América Latina y el Caribe”, *Rev. Panam Salud Publica-Pan Am J Public Health*, Organización Panamericana de la Salud, Washington EUA, 2002.
4. Palacio LS, Lazcano E, Allen B, Hernández M: *Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006*. *Salud Públ Méx* 2009; 51(Supl2):S208–S218.
5. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H, *Cancer incidence in five continents*. IARC Cancer Base No. 6. Lyon, IARC Press, 2005.
6. Bravo ME, Peralta MO, Neira VP, Itriago GL. *Prevención y seguimiento del cáncer de mama, según categorización de factores de riesgo y nivel de atención*. *Rev. Méd Clín Condes*. 2013 Abr26 2016; 24(4)
7. García CM, Gunsoy NB, Chatterjee N. *Asociación combinada de factores de riesgos genéticos y ambientales: implicaciones para la prevención del cáncer de mama*. *J Natl Cancer Inst* 2014
8. NOM–041–SSA2–2011 *para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*
9. Martínez M G y Cols, *detección y atención integral de cáncer de mama*, *Epidemiología*, Ed Coordinación de programas integrados en salud del IMSS, Méx. 2008 Pág. 7-8.
10. *Guía de práctica clínica, prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de mama en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones*. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)
11. Gálvez EM. *Relación entre el conocimiento del autoexamen de mama y la prevención del cáncer de mama*. *Mediciego*. 2013.
12. Cárdenas SJ, Bagargalló RE, Erazo VA, et. al, *Consenso Mexicano de cáncer mamario*, México, D.F., 2013.

13. Calzado Begué D, Torre Rosés MV de la, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. *Rev. inf cient*, 2014; 83
14. Mohar B A. Frías M. *Manual de oncología, procedimientos quirúrgicos. Cáncer de mama*, Ed. McGraw-Hill, Méx. 2010 pág. 9-21.
15. Huerta González JL, *Medicina Familiar; la familia en el proceso salud-enfermedad*, Editorial alfil, 2005
16. Blaider L: *cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos; international Journal of Clinical and Health Psychology*, Asociación española conductual: Granada Esp. Sept, 2010 Vol. 3 pág. 505.
17. American Cancer Society: *Información de referencia sobre cáncer para después del diagnóstico; guía para pacientes y sus familiares; EEUU 2012* accesada: 2017 disponible en: www.cancer.gov.american
18. National Cancer Institute, «Calidad de vida», EUA, 2006
19. Arrarás J, Martínez M, Manterota A y Nuria L, “La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico”, *El grupo de calidad de vida de la EORTC*, en: *Psicooncología*, Volumen 1, Número 1, 2004: 87–98.
20. Servera S. y Auba E.: *Calidad de vida y Dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama: Boletín de psicología*, núm. 85, Nov. Valencia, Esp. Año 2005 pág. 1-4.
21. Schneider HJ., Pizzinato A, Calderón UM., *Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido*, *Revista de Psicología* 2015 Vol. 33, (ISSN 0254-9247).
22. Salinas Martínez et al. *Cáncer de mama y calidad de vida en México, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, IMSS de Monterrey. 2010*
23. Recalde MTI , Samudio MII, *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010*, *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, Vol. 10(2) Diciembre 2012: 13-29