



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 17**

**EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON FACES III
EN PACIENTES CON BIRADS 4 Y 5 DE LA CLÍNICA DE MAMA NORTE**

TESIS

**PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
VIOLETA ESTEFANÍA LIBERATO MORGA**

**ASESOR DE LA TESIS:
DRA. GLORIA IDALY MORALES RODRÍGUEZ, THANIA PATRICIA HERNÁNDEZ
GALAVIZ**



CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



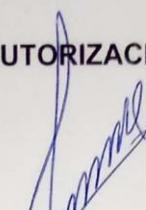
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

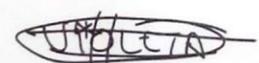

Dra. Vanessa Lucero Rodríguez Avilés
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No.17 IMSS


Dr. Cristian Mercado Esquivel
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud


Dra. Gloria Idaly Morales Rodríguez
Titular del Curso Universitario en Medicina Familiar


Dra. Gloria Idaly Morales Rodríguez
Asesora de Tesis


Dra. Thania Patricia Hernández Galaviz
Asesora de Tesis


Dra. Violeta Estefanía Liberato Morga
Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar

No. Protocolo: F-2021-3511-099

INDICE

INDICE.....	1
1. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	2
2. MARCO TEORICO.....	3
3. JUSTIFICACION.....	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
6. OBJETIVOS.....	14
GENERALES.....	14
ESPECÍFICOS:.....	14
7. HIPOTESIS.....	14
8. METODOLOGIA.....	15
DISEÑO DEL ESTUDIO:.....	15
MUESTREO.....	15
LUGAR DE ESTUDIO:.....	15
PERIODO DE ESTUDIO:.....	15
POBLACIÓN DE ESTUDIO:.....	16
VARIABLES.....	16
RECURSO, FUNCIONAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	19
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	20
9. RESULTADOS.....	21
10. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
12. ANEXOS.....	40
ANEXO 1. ESCALA FACES III, EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	40
ANEXO 2. INSTRUMENTO.....	42
ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	43
ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENTE AL DIRECTOR.....	45

1. RESUMEN ESTRUCTURADO.

Título: Evaluar el funcionamiento familiar con Faces III en pacientes con BIRADS 4 y 5 de la clínica de mama Norte.

Introducción:

El **cáncer de mama** es una proliferación de células malignas procedente de los conductos y **glándulas mamarias**. Es, junto a los cánceres de piel, el cáncer más frecuente en mujeres. Es un cáncer muy dependiente de la **estimulación por hormonas sexuales femeninas (estrógenos)**. Cuando se diagnostica de forma temprana es, en muchas ocasiones, curable.

La escala de Faces III evalúa el funcionamiento familiar con las tres dimensiones que sostiene cohesión y flexibilidad, adaptada a una variedad de contextos culturales, este estudio tiene por objetivo comprobar la repercusión del diagnóstico en las pacientes aplicando la escala antes mencionada, instrumento que evalúa la familia a nivel de grupo (considerando el sistema familiar como un todo).

Objetivo: Se valoró el funcionamiento familiar con Faces III en pacientes con BIRADS 4 y 5 de la clínica de mama Norte.

Material y métodos: El presente estudio es de tipo transversal descriptivo, se realizó mediante un estudio cualitativo calculado por T de Student en pacientes derechohabientes de la clínica de mama Norte.

Tiempo a desarrollarse

El estudio se realizó de marzo 2021 a octubre 2022.

Experiencia del grupo

Dra. Gloria Idaly Morales Rodríguez, médico familiar de la UMF 17, profesor titular de la especialidad de medicina familiar con experiencia. Dra. Thania Patricia Hernández Galaviz Especialista en Medicina Familiar jefa de Servicio de Medicina Familiar número 17, con experiencia en la conducción de estudios y análisis de la información. Dra. Violeta Estefanía Liberato Morga médico residente de la Unidad Medicina Familiar número 17.

Palabras clave: Mastografía, BIRADS, funcionamiento familiar, Faces III.

Recursos e infraestructura:

1. Médico residente de medicina familiar de primer año.
2. Coordinador clínico de educación en investigación en salud, dicho estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas norte.

2. MARCO TEORICO

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algunos de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar¹.

La Escala Faces III Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones².

En lo que respecta al uso de la escala de evaluación de faces III el motivo de empleo de este instrumento es evaluar el contexto familiar de aquellas pacientes que atraviesan situaciones críticas con la finalidad de evaluar más convenientemente el empleo de determinados dispositivos o prescripciones clínicas en un marco institucionalidad de pluralidad de modelos de práctica clínica².

Cohesión hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la "unión emocional", las relaciones padre-hijo, y las fronteras internas y externas de la familia³.

Adaptabilidad, hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones³.

Variable Cohesión	Variable Adaptabilidad
1-Desligada (7 a 35 puntos brutos)	1-Rígida (15 a 22)
3-4 Separada (37 a 39)	3-4 Estructurada (5 a 6)
5-6 Conectada (4 a 43)	5-6 Flexible (30 a 31)
7-8 Muy Conectada (46 a 49)	7-8 Muy Flexible (34 a 39)

Las repercusiones de la enfermedad del individuo no solo se refieren a sentimientos desagradables como ansiedad, depresión, rechazo, frustración o conflicto. Si no que también perturba las relaciones interpersonales y la dinámica familiar para la pérdida de la autoestima de la motivación o de la autonomía, o bien por la incapacidad de la adaptación⁴.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc., el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella. La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales varían de acuerdo a la cultura; y también las hay universales⁴.

Cáncer de mama

El **cáncer de mama** es una proliferación de células malignas procedente de los conductos y **glándulas mamarias**⁵.

El pueblo egipcio antiguo fue el primero en prestar atención al cáncer de mama, enfermedad de hace más de 3,500 años. La condición fue descrita bastante en los papiros de Edwin Smith y de George Ebers. Una de las descripciones se refiere a los tumores que bombeaban del pecho los cuales no presentaban ninguna vulcanización⁶.

No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares⁷.

Se estima que 1 de cada 8 mujeres que lleguen a edades avanzadas desarrollará un cáncer de mama. Un tercio de los cánceres de mama aparece en mujeres entre los 35 y los 50 años. Es un cáncer muy dependiente de la **estimulación por hormonas sexuales femeninas (estrógenos)**. Cuando se diagnostica de forma temprana es, en muchas ocasiones curable⁵.

Por fortuna, en la actualidad existe mayor detección en estadios cada vez más tempranos y los avances en su tratamiento hacen que el panorama no sea tan desalentador⁸.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la población mundial y es la primera causa más frecuente entre las mujeres con un estimado de 1,671,149 nuevos casos diagnosticados anualmente y con una prevalencia de 6,232,108 lo que representa 36.3%. En los países desarrollados presentan una mayor incidencia (con excepción de alta prevalencia Japón). Es la causa con mayor mortalidad en la mujer con 521,907 defunciones anuales, lo que representa un 14.7%, de las cuales ocurren en más países desarrollados⁹.

En Estados Unidos, en 2015, se estimaron 231,840 nuevos casos de cáncer de mama invasivo en mujeres, así como 60,290 casos adicionales de cáncer de mama in situ, y en el mismo año se registraron 40,209 defunciones por esta causa. (NAACCR, 2015). En países subdesarrollados como los de América Latina este cáncer es más frecuente en mujeres de 40-75 años de edad¹⁰.

El cáncer es la tercera causa de muerte en México, por esta enfermedad fallecen 14 de cada 100 personas y la esperanza de vida de quienes la padecen es de 63 años. Su mortalidad está creciendo de manera acelerada, pues entre 1990 y 2019 el número de muertes se duplicó de 41 a 89 mil personas (INEGI, 2020). Además, se ha estimado que el cáncer genera costos directos e indirectos de entre 23 y 30 mil millones de pesos anuales, lo cual representa una quinta parte del presupuesto total del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020¹¹.

A nivel nacional, la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 17.19 defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años o más. La distribución por entidad federativa de los nuevos casos

de cáncer de mama en mujeres de 20 años o más para 2019 muestra que Morelos (151.94 por cada 100 mil mujeres de 20 años o más), Colima (139.62) y Aguascalientes (66.64) son las entidades con las tasas más elevadas. Las entidades con las menores tasas (de 9.29 a 13.64) son Quintana Roo, Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Campeche, Colima, Guerrero, Morelos, Hidalgo, Tabasco¹².

En el siguiente estrato (13.65 a 18) se encuentra Tlaxcala, Puebla, México, San Luis Potosí, Veracruz, Michoacán, Guanajuato, Durango y Zacatecas. Le siguen (estrato 18.01 a 22.35) Querétaro, Coahuila, Sinaloa, Sonora, Jalisco, Nuevo León, Aguascalientes, Tamaulipas y Nayarit. Las mayores tasas (22.36 a 26.71). se encuentran en Chihuahua, Ciudad de México, Baja California y Baja California Sur ¹².

Los factores de riesgos para desarrollar cáncer mama, entre los más importantes se encuentran: la edad de la paciente, la etapa clínica de la enfermedad, el grado histológico y nuclear del tumor primario, el estado del receptor hormonal, principalmente del receptor estrogénico, y del receptor de progesterona; las medidas de la capacidad proliferativa, la sobreexpresión inmunohistoquímica del p 53, y la amplificación del gen HER2/NEU¹³.

Otros factores de riesgo son: sexo, antecedentes familiares, antecedentes genéticos, antecedentes personales cáncer de mama, envejecimiento, lactancia materna, antecedentes menstruales: menarquia temprana, menopausia tardía, paridad, uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH), consumo de alcohol, exceso de grasas en dieta.^{14,15}

Continuando con los factores de riesgo también se encuentran la radiación en el pecho o el rostro antes de los 30 años, raza/origen étnico, sobrepeso, falta de ejercicio, tabaquismo, niveles bajos de vitamina D, exposición a la luz de noche, exposición a sustancias químicas presentes en los cosméticos, exposición a sustancias químicas presentes en pantallas solares, exposición a sustancias químicas presentes en el plástico, exposición a sustancias químicas presentes en el agua¹⁶.

La prevención secundaria para la detección de cáncer de mama incluye la autoexploración, el examen clínico y la mastografía¹⁷.

La exploración de mamas puede llevarse a cabo en cualquier momento, en condiciones que garanticen respeto y privacidad, solo se requiere el consentimiento de la mujer¹⁸.

La técnica de exploración se realiza en dos tiempos, inspección visual y palpación¹⁸.

Palpación: se realiza con la yema de los dedos en forma suave metódicamente con la búsqueda intencionada de lesiones existentes, se aprovecha la posición sentada de la paciente para iniciar la exploración de la región axilar, mediante la presión firme sobre las costillas tratando de identificar los ganglios existentes y sus características. Palpación del hueco axilar y región clavicular. Se solicita al paciente tome el antebrazo opuesto del explorador. La región clavicular se divide en dos partes: supra e infraclavicular. La ecografía, se trata de un método indispensable en la valoración de la patología mamaria, la ecografía complementa a la mamografía e incluso la puede sustituir en casos concretos¹⁹.

Sus limitaciones no visualizan microcalcificaciones agrupadas, la hipertrofia mamaria dificulta la correcta exploración de las zonas más profundas de parénquima mamario y es una técnica operador-dependiente¹⁹.

El ultrasonido de mama introducido desde la década de los 70 del siglo pasado, como método clínico en la imagen de mama, tuvo como indicación inicial la diferenciación entre quistes y nódulos sólidos o tumores palpables, estableciéndose como método complementario a la mamografía y, desde los años 80, también considerado capaz de generar un detallado mapa anatómico de la estructura de la mama y diagnosticar lesiones benignas o malignas por sí solo²⁰.

La resonancia magnética muestra una elevada sensibilidad para el diagnóstico del carcinoma infiltrante, sobre todo de tipo ductal. La sensibilidad no se afecta por la densidad mamaria²¹.

Es muy útil en la estadificación prequirúrgica del cáncer de mama permitiendo detectar posibles lesiones multifocales o multicéntricas que condicionarían el tratamiento, en la caracterización de la lesión cuando existen discrepancias entre los hallazgos clínicos, mamográficos o ecográficos y en el diagnóstico de complicaciones de prótesis mamarias²¹.

La biopsia es la extirpación de una cantidad pequeña de tejido para su examen a través de un microscopio, permite formular un diagnóstico definitivo y determinar si el tumor es benigno o canceroso²².

La mastografía es el único método de imagen que ha demostrado disminución en la mortalidad por cáncer de mama de un 29 a 30 % en la población tamizada al permitir un diagnóstico temprano, lo que ocurre siempre y cuando se realice con periodicidad y un estricto control de calidad. Existen dos tipos de mastografía: La mastografía de detección oportuna, también conocida como de tamizaje, que se usa en mujeres que no tienen signos ni síntomas de cáncer de mama²³.

La mastografía diagnóstica, se recomienda en mujeres después de que se detecta alguna bolita o abultamiento, o algún otro signo o síntoma de cáncer de mama como, por ejemplo, cambios en la consistencia o color de la piel, hundimientos, aumento de tamaño de alguno de los senos, secreción por el pezón, dolor, entre otros²³.

El colegio Americano de Radiología desarrolló el Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) en el año de 1993, un método para clasificar los hallazgos mamográficos, sus objetivos son:

1. Estandarizar la terminología y la sistemática del informe mamográfico
2. Categorizar las lesiones estableciendo el grado de sospecha
3. Asignar la actitud a tomar en cada caso²⁴.

Descripción mamográfica de nódulos según sistema BIRADS:

- Forma: redondeada, oval, lobulada e irregular.
- Contorno: bien definido, oscurecido, mal definido, microlobulado y espiculado.
- Densidad: superior, similar e inferior²⁴.

Patrones mamográficos del parénquima glandular

En todas las lecturas se asignará una categoría de patrón mamográfico, independientemente de que el resultado final sea normal o se describa algún tipo de hallazgo. Se consideran 4 categorías según el sistema BI-RADS:

- Grasa: mama de composición predominante grasa.
- Densidad media: mama con tejido fibroglandular disperso.
- Heterogénea: mama con tejido glandular heterogéneamente denso.
- Densa: mama con parénquima glandular extremadamente denso que puede ocultar lesiones²⁵.

GANGLIO	<p>BIRADS 1 (0-1.5 mm). Ganglio relación cortico-hiliar y forma conservada. (negativa)</p> <p>BIRADS 2 (1.5-2.5 mm). Ganglio con aumento del espesor cortical y forma conservada. (Benigna)</p> <p>BIRADS 3 (2.5-3.5 mm). Ganglio con aumento de espesor cortical y forma alterada. (Probablemente benigna)</p> <p>BIRADS 4 (mayor de 3.5 mm). Ganglio con aumento del espesor y engrosamiento focal de la cortical. (Sospechosa)</p> <p>BIRADS 5 (mayor de 3.5 mm). Ganglio con pérdida de la forma y reemplazo total del hilio. (Altamente sugestiva de malignidad)</p> <p>BIRADS 6 Diagnóstico maligno comprobado por biopsia.</p>
----------------	---

El cáncer de mama inicia como una enfermedad localizada y se conocen dos tipos de carcinomas que son:

- 1) In situ: que se encuentran localizados únicamente en el tejido mamario.
- 2) Invasores: que se extienden a los tejidos circundantes de la mama.

Carcinoma lobulillar “in situ” (CLIS): se debe al crecimiento celular anómalo de una o varias áreas del lobulillo. Su presencia indica que existe un mayor riesgo de que esa persona desarrolle un cáncer de mama invasivo más adelante, que puede o no desarrollarse a partir de las zonas originales del carcinoma lobulillar in situ. El carcinoma lobulillar in situ se diagnostica generalmente antes de la menopausia, más frecuentemente entre los 40 y 50 años de edad. Se suele diagnosticar como resultado de una biopsia de la mama realizada por otro motivo ²⁶.

Carcinoma ductal Invasivo o infiltrante (CDI): es el tipo más común de cáncer de mama, suponiendo aproximadamente el 80% de los casos. Se desarrolla a partir de células de origen epitelial (carcinoma) que revisten por dentro los conductos galactóforos (ductal) y se denomina invasivo o infiltrante porque se ha extendido hacia los tejidos de la mama que lo rodean. Al ser un tumor invasivo, tiene la capacidad para diseminarse hacia los ganglios linfáticos y otras zonas del cuerpo. También es el tipo más frecuente de cáncer de mama en los hombres²⁶.

Las decisiones terapéuticas del cáncer de mama se deben formular de acuerdo con la etapa clínica, reporte histopatológico, condiciones generales de salud de la paciente, su estado hormonal, considerando el respeto a sus derechos y su libre decisión, habiéndole informado de manera clara y adecuada a sus condiciones socioculturales y su estado emocional²⁷.

El tratamiento en la actualidad empleado para tratar el cáncer de mama es: cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y/o biológicos. De ellos, la cirugía y la radioterapia tienen una acción local; en la quimioterapia, la hormonoterapia y los tratamientos biológicos, la acción es sistémica²⁷.

Cirugía. El objetivo es extirpar el tumor y analizar los ganglios de la axila. Existen dos tipos de cirugía

- ***Cirugía conservadora:*** Se extirpa el tumor con una pequeña cantidad de tejido sano alrededor. Con esta cirugía se conserva la mama, pero en general se debe administrar radioterapia después con objeto de eliminar las células tumorales que pudieran quedar

tras la cirugía en la mama, depende de varios factores como la localización del tumor, el tamaño del tumor y de la mama o los deseos de la paciente²⁸.

- **Mastectomía:** En esta cirugía se extirpa toda la mama. Las pacientes que se someten a una mastectomía pueden reconstruirse la mama. La reconstrucción puede hacerse en el momento de la mastectomía (reconstrucción inmediata) o después de finalizar todos los tratamientos (reconstrucción diferida). Se debe realizar linfadenectomía cuando los ganglios estén aumentados de tamaño o cuando el tumor de la mama es grande²⁸.

Radioterapia. Suele administrarse después de la cirugía y reduce las posibilidades de que el tumor vuelva a reaparecer en la mama. También se suele dar radiación a los ganglios de la zona de la mama. Está indicada sobre todo en aquellos tumores con un tamaño grande que no se han podido extirpar completamente, o en los casos con afectación de los ganglios²⁹.

Quimioterapia. El tratamiento adyuvante es la utilización de diversos medicamentos para destruir aquellas células cancerosas que hayan podido escapar de la cirugía y la radioterapia y reducir así el riesgo de recaída. Su administración mejora el pronóstico y alarga la supervivencia. En general no se suele administrar en tumores pequeños (< 1 cm) sin afectación de los ganglios (salvo si son HER2 positivos), los cuales probablemente ya se han curado con la cirugía y la radioterapia²⁹.

Hormonoterapia. Tiene como objetivo reducir la cantidad o efecto de los estrógenos circulantes en sangre, existen tres tipos de receptores hormonales en las células del cáncer de mama, el receptor de estrógeno (RE), el receptor de progesterona (RP) y el receptor de andrógeno (RA). Entre los fármacos hormonales tenemos al tamoxifeno que funciona como antiestrogénico, análogos o inhibidores de LH-RH que inducen la castración química, inhibidores de aromatasas que impiden la síntesis de estrógenos, inhibidores de ciclinas, regulan la proliferación celular (palbociclib, ribociclib, abemaciclib)³⁰.

Biológicos. Consisten en dirigir el tratamiento a blancos específicos. El propósito es afectar la célula maligna a través de la intervención de mecanismos o vías imprescindibles para su

reproducción, migración y metástasis: Terapia endocrina dirigida, receptores HER2, HER1 (EGFR) y HER, agentes antiangiogénicos, otros: vía PI3K/AKT, RAS/RAF/MEK/ ERK³¹.

La experiencia del cáncer no está limitada a la paciente, esta condición impacta a todo el sistema familiar, a sus miembros, a la rutina y la vida familiar³².

Por esa razón, es importante situar el diagnóstico de cáncer como una crisis, ya que esto no solo tiene implicaciones a nivel personal, sino también a nivel estructural, en el sistema familiar. Previo al diagnóstico existen interacciones entre los miembros de la familia, las cuales pueden haber sido tanto saludables como disfuncionales. Este diagnóstico tiene el potencial de empeorar, agudizar o resolver asuntos previos al diagnóstico³².

3. JUSTIFICACION

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la población mundial. En México, fallecen 14 de cada 100 personas. Su mortalidad está creciendo de manera acelerada.

Cuando una persona enferma, las características propias de la enfermedad son tan importantes como la forma en que es vivida y afrontada por parte del paciente y su familia, pero no se puede perder de vista que tanto la persona afectada como su familia viven en un entorno más amplio y complejo en el que podrán hallar tanto apoyo como estresores.

Una vez que las mujeres son sometidas a tratamientos, estos pueden dejar secuelas entre las que se encuentra la plexopatía braquial, la linfedema o las secuelas psicológicas. La cohesión, la buena comunicación y el afecto son considerados recursos imprescindibles para el afrontamiento de la enfermedad.

Existe una necesidad real de la práctica psicológica de evaluar el funcionamiento familiar a través del instrumento para evaluar la familia a nivel de grupo en pacientes con diagnóstico radiológico de BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte con las dimensiones que sostiene la escala Faces III, mediante la cohesión y flexibilidad se valoró partiendo de la característica del sistema familiar y marital según el nivel de cohesión y flexibilidad preexistente al diagnóstico, la repercusión de la familia, la unión emocional de esta y el cambio de roles y reglas posteriormente al diagnóstico en apoyo

de la paciente, escala adaptada a variedad de contextos culturales, evaluó la familia a nivel de grupo (considerando el sistema familiar como un todo).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer de mama es un tema actual, pues es la neoplasia más frecuente en la población mundial, y la más frecuente en las mujeres.

Las consecuencias de esta neoplasia son diversas, de 30 a 50% de las afectadas desarrolla alteraciones psicológicas, como pueden ser episodios de depresión y ansiedad; por lo que los profesionales de la salud deben mejorar su actitud en la atención de estos casos y optimizar los cuidados paliativos, con la finalidad de incrementar la calidad de vida, el apoyo familiar y social, es decir, garantizar el apoyo multifactorial y multidisciplinario.

Este cáncer puede desencadenar problemas físicos y cambios en la dinámica sociofamiliar, inconvenientes que influyen de manera negativa en la adaptación y en la calidad de vida de las pacientes, esto incrementa las necesidades de soporte social y familiar, y para sobrellevar tales efectos las pacientes utilizan los recursos humanos y materiales que necesitan.

A la disponibilidad de personas en las que se puede confiar y que demuestran afecto y un respaldo para superar cualquier tipo de crisis, se le denomina apoyo social, un concepto relacionado con las emociones básicas que se originan por las relaciones en el núcleo familiar y la sociedad; un apoyo, cuya importancia radica en reducir el malestar emocional, mejorar las relaciones interpersonales y aminorar los niveles de ansiedad, depresión y experiencias de dolor, además de otros síntomas físicos, los cuales pueden tolerarse de mejor manera cuando existe esta disposición de personas que las rodean.

La presente tesis fue con la finalidad de evaluar la función familiar en las pacientes de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte, con diagnóstico radiológico de BIRADS 4 y 5, se evaluaron los lazos sociales de las pacientes con la finalidad de considerar los recursos que otorgan protección contra los efectos nocivos de la enfermedad, sobre todo porque ante la carencia de soporte, se ha documentado inestabilidad emocional y una tendencia pesimista ante el presente y el futuro; debido al impacto que tiene el cáncer de mama en los aspectos biopsicosociales y en las finanzas institucionales cuando

no existe una adecuada adherencia terapéutica, se procuró e indagó en estas mujeres la manera en que percibieron cuidados, afecto, atenciones, asistencia en las tareas y momentos de convivencia. Debido a lo anterior, se propuso conocer el tipo de apoyo social que perciben mujeres con cáncer de mama de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas norte.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el funcionamiento familiar de acuerdo a Faces III en pacientes con diagnóstico BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte?

6. OBJETIVOS.

Generales. Demostrar el funcionamiento familiar a través de Faces III en pacientes con diagnóstico BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas norte.

Específicos:

1. Valorar la repercusión familiar en pacientes con BIRADS 4 y 5.
2. Comparar la funcionalidad familiar de los estadios BIRADS 4 y 5.
3. Identificar el impacto del diagnóstico en pacientes BIRADS 4 y 5.

7. HIPOTESIS

Hipótesis operacional (Ha)

Existe buen funcionamiento familiar en pacientes con mastografía con reporte radiológico BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección de cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.

Hipótesis nula (Ho)

No existe buen funcionamiento familiar en pacientes con mastografía con reporte radiológico BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección de cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.

8. METODOLOGIA

Diseño del estudio:

El presente estudio fue de tipo transversal descriptivo analítico. Se realizó mediante un estudio cualitativo calculado por la T de Student en pacientes derechohabientes de la Unidad de Detección de cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte, con edad mayor de 40 a 70 años por medio de la escala de medición Faces III y aplicando un cuestionario a las pacientes.

Tamaño de la muestra

Para un estudio descriptivo con variable politómica, se utilizó, cálculo de tamaño de la muestra para estimar una proporción en poblaciones infinitas.

Definición de conceptos del tamaño de la muestra:

N= Número total de individuos requeridos

Z α = Desviación estandarizada para alfa asociado a un nivel de confianza del 95%

P= proporción esperada (30%)

(1 - P) = proporción de la población sin el evento (BIRADS 4 y 5)

W= Precisión

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

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional en 227 pacientes.

Lugar de estudio:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas, Ciudad de México; perteneciente a la delegación Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Periodo de estudio:

Se tomaron los datos referentes al periodo comprendido de marzo 2021 a octubre 2022.

Población de estudio:

La población de estudio fue en pacientes derechohabientes de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte, con diagnóstico con BIRADS 4 y 5. Las cuales tuvieron como característica la vulnerabilidad en sus aspectos de funcionalidad familiar y factores biopsicosociales.

POBLACION

De la base de datos de expedientes electrónicos se obtuvo a las pacientes derechohabientes de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte, mayores de 40 a 70 años de edad con diagnóstico reciente de BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte, durante el estudio del periodo de marzo 2021 a octubre 2022.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se aplicó la evaluación por el método escala de Faces III a todas las pacientes que cumplieron la edad descrita anterior para determinar el funcionamiento familiar. Se plasmaron los resultados en gráficos y tablas en el programa SPSS para su análisis. Mediante la base de datos obtenidos se realizó el análisis estadístico, para los datos de las variables.

VARIABLES**Variable dependiente**

- Funcionalidad familiar.

Variable independiente

- Edad
- Estado civil
- Paridad
- Lactancia materna
- Factor genético
- Menarca
- Menopausia

- BIRADS 4
- BIRADS 5

Variable dependiente

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICIÓN
FUNCIONA - LIDAD FAMILIAR (FACES III)	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Se utilizará la escala de medición FACES III: Instrumento para evaluar la familia a nivel de grupo (considerando el sistema familiar como un todo).	Cualitativa.	Discreta.	Según Cohesión: 1.(10 a 34) No relacionada 2.(35 a 40) Semirrelacionada, 3.(41 a 45) Relacionada 4. (46 a 50) Aglutinada Según adaptabilidad: 1. (10 a 19) Rígida 2. (20 a 24) Estructurada 3. 25 a 28) Flexible 4. (29 a 50) Caótica.

Variable independiente

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
EDAD	Biológicamente es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad en años reportada en el cuestionario o en el instrumento de medición.	Cuantitativa.	Continua.	Número de años cumplidos.
ESTADO CIVIL	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos	Es el estado reportado por las pacientes mediante una encuesta.	Cualitativa.	Nominal.	1: Soltera. 2: Divorciada. 3: Casada. 4: Unión Libre.

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
	personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.				5: Viuda.
PARIDAD	Total, de embarazos finalizados, por cualquier vía (vaginal o cesárea) y a cualquier edad gestacional.	Se mide con cuestionario o con el instrumento de medición.	Cualitativa.	Ordinal.	1: Nulípara. 2: Primípara. 3: Secundípara. 4: Multípara.
FACTOR GENÉTICO	Proceso en el cual un padre le transmite ciertos <u>genes</u> a sus hijos. (herencia).	Se medirá con un cuestionario reportado por las pacientes mediante una encuesta para conocer familiares con cáncer de mama.	Cualitativa.	Nominal.	1: Si. 2: No.
MENARCA	Inicio de menstruación de una mujer.	Se medirá con un cuestionario reportado por las pacientes mediante una encuesta para conocer si existe un inicio temprano (antes de los 10-12 años) o no.	Cualitativa.	Dicotómica.	1.Si 2.No
MENOPAUSIA	Desaparición de la ovulación, de la menstruación y de la capacidad de reproducción.	Por medio de un cuestionario se conocerá si la paciente tuvo un inicio tardío (después de 55 años).	Cualitativa.	Dicotómica.	1.Si. 2.No.

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System)	Método para clasificar los hallazgos mamográfico, categoriza las lesiones estableciendo el grado de sospecha, asignar la actitud a tomar en cada caso.	Se identificará con diagnóstico radiológico de mastografía.	Cuantitativa.	Discreta.	1: BIRADS 1. 2: BIRADS 2. 3: BIRADS 3. 4: BIRADS 4. 5: BIRADS 5. 6: BIRADS 6.

RECURSO, FUNCIONAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Para realizar esta tesis se utilizaron las instalaciones de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, con los siguientes recursos:

- **HUMANOS:** Un médico residente que participó en el protocolo de investigación durante marzo 2021 a octubre 2022 a través del aporte de información de la funcionalidad familiar en pacientes con mastografía BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte a través de Faces III.
- **TECNOLÓGICOS:** Laptop Lenovo con programa Word y Power Point utilizada para la recolección de información y redacción del protocolo de estudio, así como para el análisis de resultados, discusión y conclusión de dicha tesis; impresora Canon utilizada para la impresión de los cuestionarios y consentimientos informados; acceso a la red de consulta externa y sistema integral de medicina familiar usados para la obtención de información del expediente clínico electrónico de las pacientes participantes.

• FÍSICOS: Formato de consentimiento informado, cuestionarios, una tabla de apoyo, cuatro plumas, papel para impresión. Los recursos antes citados fueron proporcionados por el IMSS sin aumentar las demandas e insumos disponibles en la unidad médica.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión.

- Pacientes femeninas de 40 a 70 años de edad de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.
- Pacientes femeninas con diagnóstico reciente de BIRADS 4 y 5.
- Pacientes femeninas que aceptaron ser participantes del estudio.
- Pacientes femeninas que firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes femeninas derechohabientes de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.

Exclusión.

- Pacientes femeninas que no aceptaron ser parte del estudio.
- Pacientes femeninas menores de 40 años de edad.
- Pacientes femeninas mayores de 70 años de edad.
- Pacientes que se negaron a la evaluación por Facés III.
- Pacientes femeninas con BIRADS 0, 1, 2, 3.

Eliminación.

- Pacientes femeninas que cambiaron de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte durante el estudio.
- Pacientes femeninas que no firmaron el consentimiento informado para el estudio.
- Pacientes femeninas que no cumplieron con el rango de edad y que no quisieron participar en el estudio.

9. RESULTADOS

Se entrevistó a 227 pacientes de las cuales se encontró en este estudio que la edad media fue de 55.8 años, con una mediana de 56 años de edad, el resto de los datos se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Edad de las pacientes BIRADS 4 y 5.

Edad	
Media	55.81
Mediana	56
Moda	70
Desviación estándar	8.859

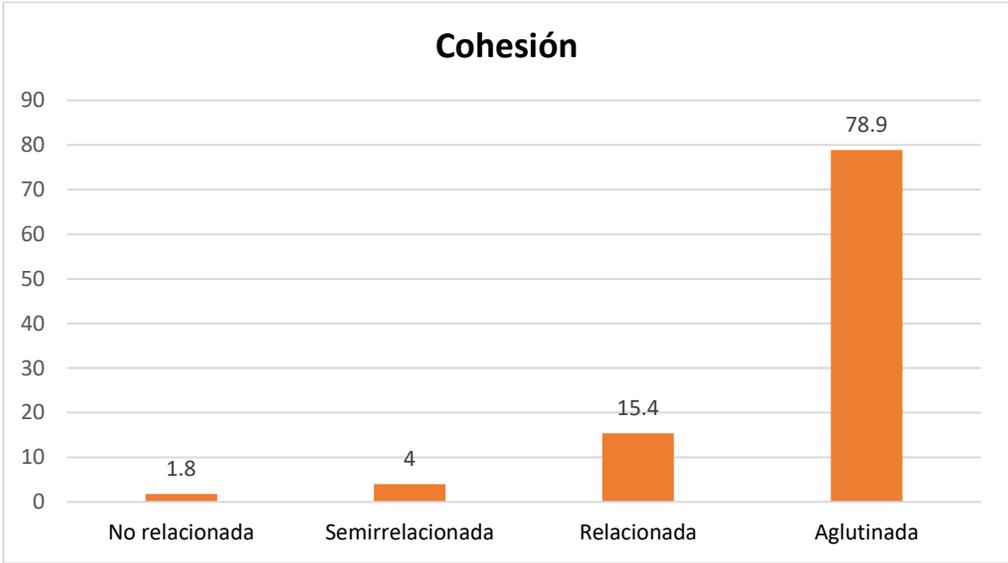
Se encontró que el tipo de Cohesión familiar más frecuente fue la aglutinada con una frecuencia de 179 es decir un 78.9% y la menos frecuente fue la no relacionada con una frecuencia de 4 que representa 1.8%. En cuanto a la adaptabilidad se encontró que el tipo de familia más frecuente fue la estructurada con una frecuencia de 111 o sea un 48.9%, mientras que la caótica tuvo una frecuencia de 12 que representa un 5.3%. El resto de los datos se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Tabla de frecuencia y porcentaje de cohesión y adaptabilidad

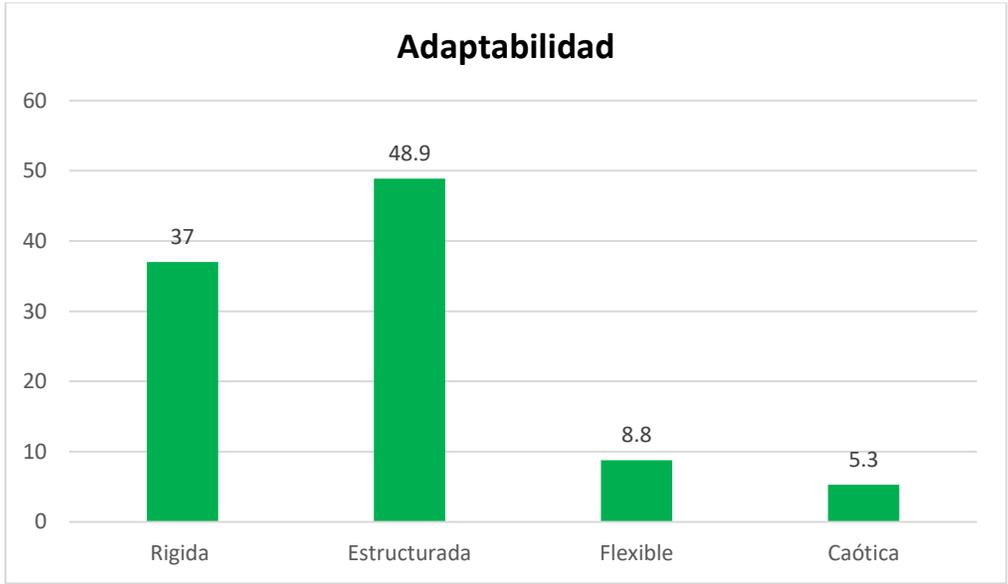
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cohesión		
No relacionada	4	1.8
Semirrelacionada	9	4
Relacionada	35	15.4
Aglutinada	179	78.9
Adaptabilidad		
Rígida	84	37
Estructurada	111	48.9
Flexible	20	8.8
Caótica	12	5.3

n= frecuencia; %= porcentaje

Grafica 1. Grafica de porcentajes del tipo de cohesión familiar.



Grafica 2. Grafica de porcentajes del tipo de adaptabilidad familiar.



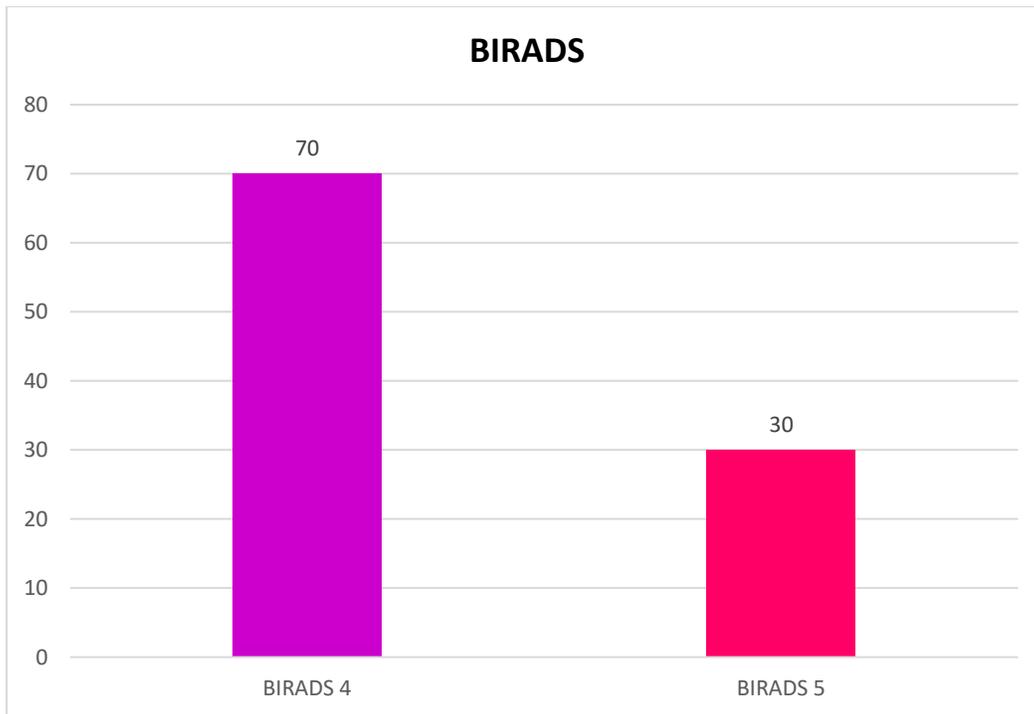
En cuanto al estado civil se encontró que las mujeres más frecuentes estaban casadas con una frecuencia de 112 representado por una 49.3% y el menos frecuente fueron las mujeres solteras con un 8.4%. En cuanto a los antecedentes de paridad se encontró que las

secundíparas y las múltiparas fueron las más frecuentes con un 37.4% es decir 85 pacientes de cada grupo, y las de menor frecuencia fueron las nulíparas con tan solo 7 pacientes representado por un 3.1 %. Además, se encontró que las pacientes que no tenían factor genético fue el menos frecuente con un porcentaje 76.2, en cuanto a la menarca la presencia de esta fue de 84.1 %, en cuanto a la lactancia materna se encontró que 69.2 % de las pacientes si tuvo lo que representa una frecuencia 157. Por otro lado, la frecuencia de BIRADS 4 fue mayor con 159 pacientes lo que representa un 70% como se observa en la gráfica 8. El resto de los datos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de estado civil, paridad, factor genético, menarca, menopausia, lactancia materna y BIRADS.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estado Civil		
Soltera	19	8.4
Divorciada	38	16.7
Casada	112	49.3
Unión Libre	26	11.5
Viuda	32	14.1
Paridad		
Nulípara	7	3.1
Primípara	50	22
Secundípara	85	37.4
Múltipara	85	37.4
Factor genético		
Si	54	23.8
No	173	76.2
Menarca		
Si	185	81.5
No	42	18.5
Menopausia		
Si	36	15.9
No	191	84.1
Lactancia materna		
Si	157	69.2
No	70	30.8
BIRADS		
BIRADS 4	159	70
BIRADS 5	68	30

Grafica 8. Frecuencia y porcentajes de BIRADS 4 y 5.



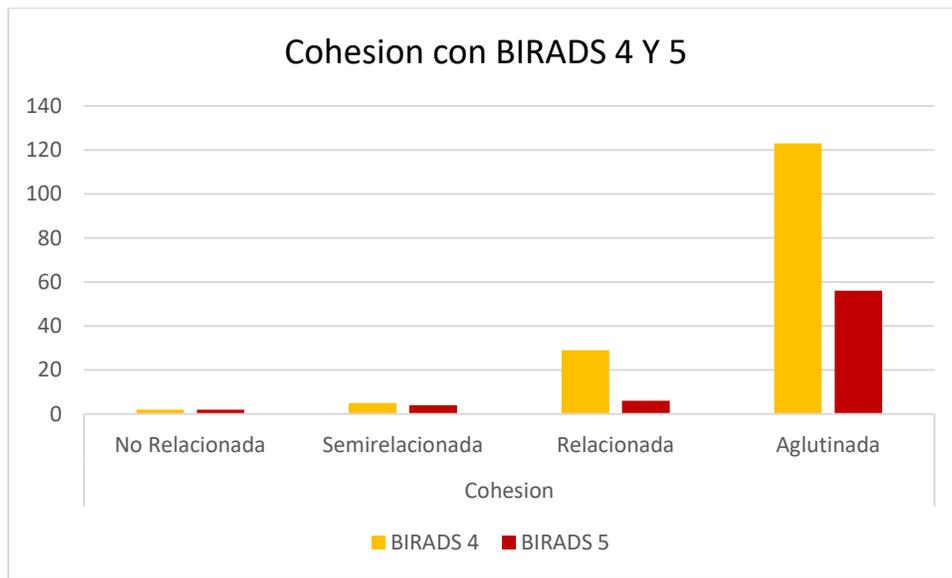
Se observó que, de las 227 pacientes entrevistadas, 123 tuvo un tipo de cohesión familiar aglutinada cuando se diagnosticaron con BIRADS 4, y 56 pacientes con diagnóstico BIRADS 5 ($p=0.207$). El resto de los datos se muestra en la tabla 4 y grafica 9.

Tabla 4. Tabla cruzada entre el tipo de cohesión familiar y BIRADS 4 y BIRADS 5.

		BIRADS		p
		BIRADS 4	BIRADS 5	
Cohesión	No relacionada	2	2	0.207
	Semirrelacionada	5	4	
	Relacionada	29	6	
	Aglutinada	123	56	

p= Valor de X^2

Grafica 9. Tipo de cohesión familiar y BIRADS 4 Y BIRADS 5.



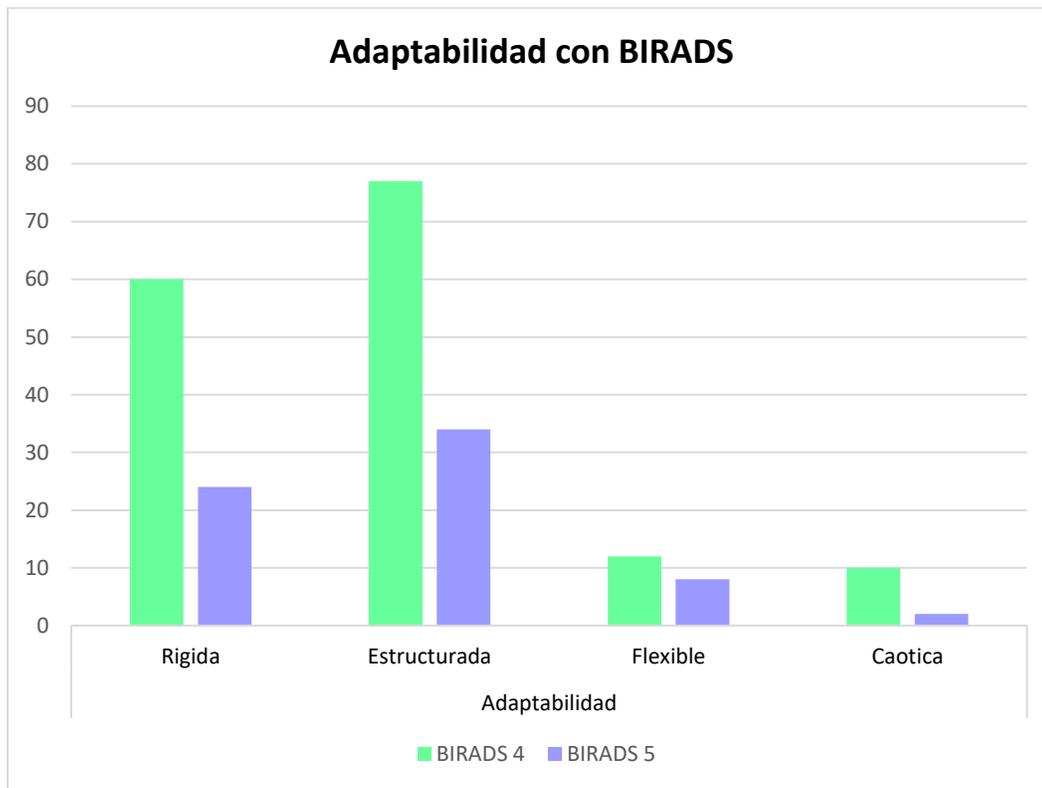
Se observó que, de las 227 pacientes entrevistadas, 77 tuvo un tipo de adaptabilidad familiar estructurada cuando se diagnosticaron con BIRADS 4, y 34 pacientes con diagnóstico BIRADS 5 ($p=0.557$). El resto de los datos se muestra en la tabla 5 y grafica 10.

Tabla 5. Tabla cruzada entre el tipo de adaptabilidad familiar y BIRADS 4 y BIRADS 5.

		BIRADS		p
		BIRADS 4	BIRADS 5	
Adaptabilidad	Rígida	60	24	0.557
	Estructurada	77	34	
	Flexible	12	8	
	Caótica	10	2	

p= Valor de X^2

Grafica 10. Tipo de adaptabilidad familiar y BIRADS 4 Y BIRADS 5.



DISCUSIÓN

En este estudio se buscó como objetivo general valorar el funcionamiento familiar mediante la escala FACES III diseñada por Olson et al. (1985)³ y un cuestionario donde se valoró diferentes variables independientes como la edad, estado civil, paridad, lactancia materna, factor genético, menarca, menopausia en pacientes con diagnóstico de BIRADS 4 y 5 de la Clínica de mama de Magdalena de las Salinas Norte.

Se demostró que no existe relación entre cohesión y adaptabilidad con los diagnósticos de BIRADS 4 y 5.

Es necesario comprender que el diagnóstico de BIRADS no se asocia a un periodo de vida en particular, porque no distingue en términos de edad.

Se determinó que las pacientes que se encuentran rodeadas de su pareja, familiares o hijos, éstos constituyen un grupo de apoyo, una barrera protectora, que explica la forma de actuar en esta etapa de transición de crisis paranormativa iniciando un proceso de adaptación a los cambios siendo capaces de sobrepasar adversidades por los lazos afectivos allí presentes, siendo así la familia un espacio donde se aprenden y fortalecen los mecanismos para suplir las necesidades y fortalecer el autocuidado¹.

El análisis del estudio demostró que el diagnóstico con mayor frecuencia fue el de BIRADS 4 comparado al de BIRADS 5, el diagnóstico tanto de BIRADS 4 y 5 no repercute en la familia y las redes de apoyo de las pacientes, que al momento del diagnóstico las pacientes mantenían un tipo de cohesión aglutinada y una adaptabilidad familiar estructurada evidenciando las limitaciones que la familia experimenta desde la interacción de cada individuo necesarias para el crecimiento familiar, pudiendo así localizar que porcentaje de familias necesitaban alguna intervención familiar. De igual manera al encontrarse la existencia de la complejidad de las relaciones familiares, esto exige la realización de estudios posteriores que incluyan variables como son las redes de apoyo a nivel general (espiritualidad, salud, recreación, deporte) como estrategias de afrontamiento, disciplina familiar, comunicación entre los miembros de la familia y el ejercicio de los roles familiares para permitir una mejor comprensión de la dinámica familiar a diferencia del estudio realizado por Del Valle, G. F. (2006)² donde no se encontró una diferencia estadística

significativa en la muestra de los pacientes, encontrándose también bajas puntuaciones con respecto a cohesión equilibrándose con puntajes más elevados de adaptabilidad⁴

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió determinar el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar en mujeres con diagnóstico de BIRADS 4 y 5 atendidas en la clínica mama norte, vinculadas a la red de apoyo de dicha institución, por el cual se pudo establecer que la mediana de edad predominante correspondió a 56 años, mujeres casadas, con una paridad de secundíparas y multíparas, sin factor genético, con un menarca antes de los 12 años, sin presencia de menopausia después de los 55 años, con lactancia materna presente, y con un diagnóstico más frecuente de BIRADS 4 con respecto a BIRADS 5, con una cohesión (aglutinada) y adaptabilidad (estructurada) clasificando a las familias con categoría balanceada con el diagnóstico de BIRADS 4 y 5.

Con respecto a la evaluación de la funcionalidad familiar no se vio afectada por el diagnóstico de BIRADS 4 y 5 ya que las pacientes cuentan con el apoyo de su familia y del sector de salud, los resultados permiten deducir que en ese momento las familias habían logrado de forma efectiva el proceso de adaptación frente al mantenimiento y cambio del sistema familiar.

Las dos dimensiones de la funcionalidad familiar puntúan mayoritariamente en una clasificación balanceada, donde el menor porcentaje significó condiciones relevantes en la obtención del puntaje total, los resultados obtenidos destacan que las metas de las familias se convierten en el motor que impulsa de forma permanente la consecución del establecimiento y restablecimiento de la estabilidad familiar. En lo que respecta al crecimiento familiar, se asume como el desarrollo a la evolución frente a la adaptación por los cambios producidos por la enfermedad y de capacidades para reducir las amenazas ante los efectos adversos que se producen por el diagnóstico de BIRADS 4 y 5 en las familias.

RECOMENDACIONES

1. Afianzar los recursos familiares porque este aspecto podría obtener resultados positivos para el logro y el mantenimiento de la salud de la mujer y de la familia.

2. Continuar asistiendo al grupo de apoyo social de la institución prestadora de los servicios de salud porque este se convierte en el punto de partida para mantener su salud tras encontrar apoyo profesional.

3. A la institución: la labor implementada por años, evidencia la capacidad de organización que dispone para adelantar sus programas en particular al de apoyo social que ofrece acompañamiento a mujeres con BIRADS 4 y 5 o aquellas que ha superado la enfermedad, la institución debe implementar acciones que involucren de forma más efectiva a las familias adelantando programas familiares integrales que apoyen a las pacientes y tener propósitos individuales así como familiares para superar su enfermedad.

10. ASPECTOS ÉTICOS.

RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN.

Como lo menciona el Reglamento de la Ley General de Salud, artículo 17, en materia de investigación en salud, la presente investigación fue de categoría 1, puesto que esta investigación no presentó ningún riesgo para la paciente, ya que se realizó la revisión de expedientes clínicos y aplicación del cuestionario.

CONTRIBUCIÓN Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LA SOCIEDAD.

Se trató de un estudio prospectivo, donde la información se obtuvo de la escala Faces III, por lo tanto, no generó ningún tipo de riesgo. El dueño del expediente médico no recibió ningún tipo de beneficio, remuneración económica, por participar en la investigación, de igual manera este estudio no generó ningún gasto a estos. Por otro lado, la presente investigación contribuyó a identificar de forma adecuada y a tiempo la funcionalidad familiar en pacientes con mastografía BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.

CONFIDENCIALIDAD.

La información recabada en los expedientes clínicos, no se obtuvo el nombre del paciente a fin de guardar la confidencialidad del paciente.

FORMA DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.

Se realizó la revisión de cartilla de salud de las pacientes, previamente seleccionadas, que contaron con los criterios de inclusión de la presente investigación.

La presente investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos y normas que rigen la investigación en México y el mundo.

Declaración Helsinki 1964:

El presente estudio que se realizó obteniendo la información de las pacientes con diagnóstico radiológico BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte apegándose a los lineamientos de la declaración de Helsinki la cual dice que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social (el artículo 3 indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I la organización, control y vigencia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV, de esta ley, fracción VII: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX, la coordinación de investigación para la salud y el control de esta en los seres humanos , fracción XXVI, (artículo 100, fracción V, solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes, fracción IV de la ley general de salud, deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación).

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten (artículo 238 solamente para fines de investigación científica).

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Este estudio se consideró sin riesgo debido que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realizó ninguna

intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideraron: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto: El presente estudio contribuyó a determinar el funcionamiento familiar en pacientes con diagnóstico radiológico de BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte, de acuerdo al artículo tercero de la ley general de salud en materia de investigación para la salud del estudio para la sociedad, tales como la implementación de estrategias o programas educativos para incidir en el beneficio de la salud y funcionamiento familiar. Los beneficios que tuvieron los sujetos al final de la investigación, fue conocer de forma global los resultados del estudio si así lo desean, identificar los factores que puedan influir en la salud a futuro de las pacientes.

Posibles inconvenientes: Las pacientes que no aceptaron participar en el estudio y la dificultad para la captura de pacientes.

Balance Riesgo – Beneficio: Existe beneficio directo para las pacientes al conocer la repercusión de la funcionalidad al conocer el diagnóstico radiológico de BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.

Confidencialidad: los datos proporcionados en este estudio son totalmente confidenciales, los resultados se usarán de manera global y para fines estadísticos, así como epidemiológicos.

Consentimiento informado: Se utilizó carta de consentimiento informado para que la paciente participara del estudio a realizar.

Proceso para solicitar el consentimiento informado: Se explicó a las pacientes derechohabientes con diagnóstico radiológico de BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte que cumplieron con los criterios de inclusión, el fin con el que se realizó la encuesta y los beneficios de realizar el estudio. Y si no desearon participar se les informó que no tendrían ninguna repercusión, y su atención en el instituto continuaría sin modificaciones, conservando sus derechos.

Forma de selección de los participantes: Se encuestó a las pacientes derechohabientes con diagnóstico radiológico de BIRADS 4 y 5 que acudieron a consulta de externa de ginecología que cumplieron los criterios de inclusión, y se entregó consentimiento informado para la participación en el estudio.

NORMA OFICIAL MEXICANA 012 SSA 3-2007.

Esta norma establece los criterios para la ejecución de investigaciones para la salud en seres humanos, se especifica cómo debe de llevarse a cabo la revisión y aprobación de investigaciones en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los participantes. En la presente investigación se tomó en cuenta dicha norma, aplicando solo en algunos aspectos, ya que será una investigación retrospectiva, analizando expedientes clínicos. Por último, fueron considerados los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: "que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia", en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 - 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

**EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON FACES III EN PACIENTES
CON BIRADS 4 y 5 DE LA CLINICA DE MAMA NORTE**

Semestre	Primer Semestre							Segundo Semestre						Tercer Semestre						Cuarto Semestre
Año	2021							2021 – 2022						2022						2022
Mes	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividad																				
Elaboración de protocolo	R	R	R	R	R	R	R													
Registro de proyecto								R												
Aplicación de encuesta								R												
Elaboración de base de datos								R												
Captura de información									R	R	R	R	R							
Análisis estadístico														R						
Presentación de resultados															R	R	R	R	R	R

R: realizado P: pendiente

Realizado por Violeta Estefanía Liberato Morga, residente de medicina familiar.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. (N.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Medigraphic.com sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
2. Del Valle, G. F. (2006). Uso de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) en población clínica de un equipo de intervención en crisis. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
3. Schmidt, V., Barreyro, J. P., y Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2), 30–36.
4. Saucedo García, Juan Manuel. Maldonado Durán, J Martín. La familia: su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la salud Washington D.C 2003, Instituto Mexicano del Seguro Social; paginas 294;131-135
5. Cáncer de mama. (n.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Redaccionmedica.com sitio web: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/cancer-mama>
6. Araceli, C. (2016, 3 de marzo). Cáncer de mama: antecedentes históricos y su actualidad en México. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Clubensayos.com sitio web: <https://www.clubensayos.com/Ciencia/C%C3%A1ncer-de-mama-antecedentes-hist%C3%B3ricos-y-su-actualidad/3205378.html>
7. Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2009). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 0–0.
8. Acosta-Martínez, M., Karchmer-Krivitzky, S., Melgar-Barriga, G., MI, M.-H., & Garza-Arrieta, J. (n.d.). Clasificación mastográfica y su correlación con los hallazgos. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Medigraphic.com sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom163c.pdf>
9. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (n.d.). Información Estadística Cáncer de Mama. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Gob.mx sitio

web: <https://www.gob.mx/salud%7Cnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama>

10. Detección oportuna del cáncer de mama. (n.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Com.mx sitio web: <https://www.hospitalpuebla.com.mx/deteccion-oportuna-del-cancer-de-mama.php>
11. Red de Estudios sobre Desigualdades. (n.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Colmex.mx sitio web: <https://desigualdades.colmex.mx/cancer-desigualdades-mexico-2020>
12. (N.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Org.mx sitio web: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancermama20.pdf>
13. (N.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Medigraphic.com sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom062g.pdf>
14. Sun, Y.-S., Zhao, Z., Yang, Z.-N., Xu, F., Lu, H.-J., Zhu, Z.-Y., ... Zhu, H.-P. (2017). Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama. *Revista Internacional de Ciencias Biológicas*, 13(11), 1387–1397.
15. Paul, E. N. J., Henri, E., Valère, M. K., Sara, S. N. D., & Emile, M. T. (2020). Factores de riesgo para el cáncer de mama en la ciudad de Douala: Un estudio de casos y controles. *Avances en la investigación del cáncer de mama*, 09(03), 66–77.
16. Factores de riesgo del cáncer de mama. (2018, 20 de noviembre). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Breastcancer.org sitio web: <https://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores>.
17. De conocimientos: A. de E. R. (n.d.). FISIOLOGÍA DE LA MAMA Y EXPLORACIÓN CLÍNICA DE LAS MAMAS. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Paho.org sitio web: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2015/fisiologia-de-la-mama.pdf>
18. De Salud, S. (n.d.). Cáncer de Mama. Exploración Clínica. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Gob.mx sitio web: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-exploracion-clinica>

19. (N.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Elsevier.es sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-clasificacion-radiologica-manejo-las-lesiones-S>
20. Lesiones BIRADS 3 y 4 vistas por ultrasonido y no vistas por mamografía digital y tomosíntesis. (n.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en 1Library.co sitio web: <https://1library.co/document/4yr7mnpq-lesiones-birads-vistas-ultrasonido-vistas-mamografa-digital-tomosntesis.html>
21. Scientific Research Publishing. (n.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Scirp.org sitio web: <https://www.scirp.org/journal/CTA.aspx?paperID=91383>
22. Tumor de células germinales, infancia - Diagnóstico. (2019, 7 de junio). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Cancer.net sitio web: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/tumor-de-c%C3%A9lulas-germinales-infancia/diagn%C3%B3stico>
23. La Mastografía. (n.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Gob.mx sitio web: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama/mastografia>
24. BI-RADS. Atlas de diagnóstico por la imagen de mama. American Collage of Radiology. Sociedad Española de Radiología ~ Médica. Madrid 2006
25. Balleyguier C, Ayadi S, Van Nguyen K, Vanel D, Dromain C, Sigal R. BIRADS classification in mammography. Eur J Radiol. 2007; 61:192-4.
26. Tipos de tumores de mama. (2016, 9 de marzo). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Geicam.org sitio web: <https://www.geicam.org/cancer-de-mama/tengo-cancer-de-mama/conoce-mejor-tu-enfermedad/tipos-de-tumores>
27. Nom-041-Ssa2-, N. O.M., La prevención, P., & de mama., C. y. V. E. del C. (n.d.). SECRETARIA DE SALUD. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Gob.mx sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SS A2_2011
28. Sistema. (2020, 7 de febrero). Cáncer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Seom.org sitio web: <https://seom.org/125-Infomaci%C3%B3n%20al%20P%C3%BAblico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-mama>

29. Cáncer de mama. (n.d.). Consultado el 25 de agosto de 2021 en Redaccionmedica.com sitio web: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/cancer-mama>
30. Sistema. (2020, 29 de enero). Hormonoterapia - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. Consultado el 25 de agosto de 2021 en Seom.org sitio web: <https://seom.org/163-informacion-al-publico-guia-de-tratamientos/hormonoterapia>
31. Contreras C, A.C. (2008). Terapia Biológica en Cáncer de Mama conceptos básicos. *Revista Venezolana de Oncología*, 20(3), 165–171.
32. Rodríguez-Loyola Romarie Roberto Clemente Family Guidance Center, Institute for Family and Community Care, New York, NY, USA Rosario Costas-Muñíz Memorial Sloan-Ketting Cancer Center, New York, NY, USA *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* - 2013, Vol. 47, Num. 1, pp. 121-130

12. ANEXOS

Anexo 1. Escala FACES III, evaluación de funcionalidad familiar.

	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2.	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.	Nos gusta convivir solamente con los demás familiares más cercanos.					
6.	Cualquier miembro puede tomar la autoridad.					
7.	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8.	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9.	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.	Nos sentimos muy unidos.					
12.	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13.	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14.	En nuestra familia las reglas cambian.					
15.	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16.	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.	En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.					
19.	La unión familiar es muy importante.					
20.	Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

Tabla 1. Según Cohesión: 1. (10 a 34) No relacionada 2. (35 a 40) Semirelacionada, 3. (41 a 45) Relacionada 4. (46 a 50) Aglutinada.

Según adaptabilidad: 1. (10 a 19) Rígida 2. (20 a 24) Estructurada 3. 25 a 28) Flexible
4. (29 a 50) Caótica.

Bibliografía

(S.F.). Consultado el 20 de septiembre de 2021 en Slidesharecdn.com sitio web:
<https://image.slidesharecdn.com/tallerherramientasutilizadasenunestudiodesaludfamiliar1-140331231636-phpapp01/95/salud-11-638.jpg?cb=1396307820>



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Fecha de la aplicación: _____ **Folio:** _____

Nombre: _____ **Edad:** _____

Diagnóstico: 1. BIRADS 4 () 2. BIRADS 5 ()

Fecha de diagnóstico: _____ **Hora:** _____

Por favor, lea con atención y conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es su estado civil?
1. Soltera. () 2. Divorciada. () 3. Casada. () 4. Unión Libre. () 5. Viuda.
()
2. Cuantos hijos ha tenido
1. Nulípara () 2. Primípara () 3. Secundípara () 4. Multípara ()
3. ¿Ha dado lactancia materna?
1. Si () 2. No ()
4. ¿Tiene antecedentes familiares directos (madre, hermana, hija) con cáncer de mama?
1. Si () 2. No ()
5. ¿Tuvo la primera menstruación antes de los 12 años?
1. Si () 2. No ()
6. ¿Tuvo la menopausia después de los 55 años?
1. Si () 2. No ()

Anexo 3. Carta de Consentimiento Informado

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre de estudio	Evaluar el funcionamiento familiar con faces III en pacientes con BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección de cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.
Patrocinador externo	No aplica
Lugar y fecha	Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas norte.
Número de registro institucional	Pendiente
Justificación y objetivo de estudio	Si usted acepta participar, se utilizará la hoja de recolección de datos para la obtención de datos. Se registrarán las variables clínicas en una hoja de Excel.
Procedimiento	Se aplicará una encuesta para obtener datos generales, para conocer las posibles causas que originaron la enfermedad por la cual está siendo manejada en esta clínica.
Posibles riesgos y molestias	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la entrevista.
Posibles beneficios al participar	Al contestar cuestionario no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo, los resultados serán de utilidad para aplicarlos posteriormente en estrategias para atención en primer nivel y en el seguimiento de pacientes con BIRADS 4 y 5 de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte.

Información sobre resultados	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados y difusión de estos serán respetando el anonimato de cada una de las pacientes participantes y solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas. En el momento en que a la paciente se identifique alguna alteración fuera de los parámetros normales inmediatamente se derivará a su institución de salud correspondiente.
Participación o retiro	En caso que usted como paciente decida no participar o no continuar en el estudio en el momento que usted desee no habrá repercusión alguna para usted cuanto a aspectos de atención en la institución de salud.

<p>Declaración de consentimiento:</p> <p>Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca del estudio:</p> <p>No acepto participar en el estudio ()</p> <p>Si acepto participar en el estudio ()</p> <p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p> <p>No autorizo que se tome la muestra () Si autorizo que se toma la muestra solo para este estudio () Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros ()</p> <p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma de la paciente</p> <p>_____</p> <p>Testigo 1</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>_____</p> <p>Testigo 2</p>

Anexo 4. Carta de no inconveniente al director.

16 Noviembre 2021

(Anexo)

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE AL DIRECTOR

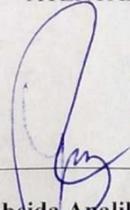
PRESENTE

Por medio del presente, me dirijo a ustedes para manifestar que no existe inconveniente para la información generada durante el desarrollo de actividades de investigación en la Clínica de Mama de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Norte, de la Ciudad de México por la **RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE LA ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR, LIBERATO MORGA VIOLETA ESTEFANIA**, con matrícula 97351649, para que sea utilizada, para su titulación integral en la modalidad de tesis, con título, **EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON FACES III EN PACIENTES CON BIRADS 4 Y 5 DE LA CLINICA DE MAMA NORTE**, en el entendido de que los derechos de propiedad intelectual, pertenecen a la institución en donde se genera dicha información.

Por lo que no tengo inconveniente para otorgar facilidades.

Sin más por el momento me despido de usted, con un cordial saludo.

ATENTAMENTE



Dra. Zobeida Analilia Ventura Bravo
Directora de la Clínica de mama de la
Delegación Norte, Ciudad México

Anexo 5. Carta de dispensa al comité.

CLIS 3511

Comité de Ética en Investigación

Estimados miembros del CLIS 3511, solicitamos a ustedes dispensa para no presentar carta de consentimiento informado del protocolo **“EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON FACES III EN PACIENTES CON BIRADS 4 Y 5 DE LA CLINICA DE MAMA NORTE”** ya que es un estudio de tipo descriptivo y se utilizarán una hoja de recolección de datos, así como el FACES III en las pacientes que reúnan los criterios de inclusión de la Unidad de Detección Cáncer de mama de Magdalena de las Salinas Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los investigadores nos comprometemos a cumplir los lineamientos éticos vigentes y no hacer mal uso de los datos contenidos en esta base de datos institucional.

Sin más por el momento aprovecho la oportunidad para enviarles saludos cordiales.

Atentamente:

Dra. Liberato Morga Violeta Estefanía
Residente de Medicina Familiar.