



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

“Calidad de vida y Percepción de la relación de pareja en mujeres con
cáncer de mama”

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. GALLARDO ALONSO, ERIC OMAR

ASESORES:

ASESOR CLÍNICO

DR. HUGO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
MÉDICO GINECO-OBSTETRA

ASESOR METODOLOGICO

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
MEDICO FAMILIAR

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

ENCARGADO DE LA JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 8 “Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

MÉXICO, D. F. 3 AGOSTO 2010.

No DE REGISTRO: R-



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.

“Calidad de vida y Percepción de la relación de pareja en mujeres con
cáncer de mama”

“Calidad de vida y Percepción de la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama.”

AUTORES: Gallardo Alonso Eric Omar, Sánchez Martínez Hugo, Espinoza Anrubio Gilberto.

OBJETIVOS: Determinar la percepción de la relación de calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio transversal en mujeres con cáncer de mama, de enero a febrero del 2010. Se llevó a cabo en un centro oncológico, en donde llegan las pacientes para complementación diagnóstica y tratamiento, en el estudio se seleccionaron las mujeres con cáncer de mama, excluyendo aquellas que no contaran con expediente clínico, a cada una de las pacientes se les aplicó un cuestionario sobre calidad de vida y el inventario para el apoyo de pareja, Apgar familiar y otras variables sociodemográficas como índice de pobreza, etapa clínica y tratamiento.

RESULTADOS: De un total de 92 pacientes se obtuvo para calidad de vida bueno a 47(51.1%) y 45(48.9%) con mala calidad de vida. Para buena calidad el 28 (30.4%) con apoyo positivo; 2(2.2%) con apoyo negativo; 17(18.5%) sin pareja. Para mala calidad el 19(20.7%) con apoyo positivo; 5(5.4%) con apoyo negativo; 21(22.8%) sin pareja.

CONCLUSIONES: Las mujeres con cáncer de mama con pareja y con apoyo positivo tienen una mejor calidad de vida 28(30.4%) en comparación de las que tiene una buena calidad de vida sin pareja 17(18.5%) y además las que tenían peor calidad de vida eran las mujeres sin pareja 21(22.8%). Lo que se concluye es que tienen mejor calidad de vida las que tienen una mejor percepción de la relación de pareja. Y se encontró como factores de riesgo asociado a mala calidad de vida al analfabetismo RP 2.09 IC 95% (1.01-2.50)p=0.04 y pobreza RP 1.629 IC 95% (0.99-2.79)p= 0.05.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, percepción de pareja, cáncer de mama.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**

**Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**

ASESOR CLÍNICO
DR. HUGO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEL HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

ASESOR METODOLOGICO
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
MEDICO FAMILIAR Y TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

AGRADECIMIENTOS

A mi Esposa e hijo

A mis Padres y hermano

A mis Maestros

A mi familia y a mis suegros

ÍNDICE	PAGINAS
INTRODUCCION	9
ANTECEDENTES	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	19
HIPOTESIS	20
MATERIALES Y METODOS	21
TIPO DE ESTUDIO	21
DISEÑO DEL INVESTIGACION	22
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	23
MUESTRA	24
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	25
VARIABLES	26
DISEÑO ESTADISTICO	31
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	32

	PAGINAS
METODOS O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	33
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	34
CRONOGRAMA	35
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	36
CONSIDERACIONES ETICAS	37
RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	50
DISCUSION	52
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones en cáncer de mama se han ocupado en múltiples intervenciones desde la búsqueda de tratamiento hasta la prevención, y un aspecto que se ha considerado en las sobrevivientes es la calidad de vida. Se ha estudiado que esta enfermedad altera en alguna dimensión las posibilidades de un correcto desarrollo bio-psico-social. Las conductas positivas y negativas que los pacientes desarrollan para llegar a aceptar su enfermedad y tener una buena calidad de vida dependen de la presencia de un medio familiar sano que sepa apoyar y mantener un adecuado equilibrio. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente. El apoyo que se percibe de la pareja es una variable que tiene un rol importante en el proceso de salud-enfermedad. La pareja por ser el pilar de la familia toma importancia para el apoyo ante la enfermedad y su evaluación para la calidad de vida. (1)

1. Definición y Epidemiología del Cáncer De Mama

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres, se estima que hay 138 millones de casos nuevos diagnosticados en el 2008 (23% de todos los cánceres), y es el segundo lugar de todos los cánceres 10.9%. Es la quinta causa de muerte por cáncer (458,000 muertes) en ambos sexos, pero la primera causa en mujeres.¹ Por su frecuencia cada vez mayor, el cáncer de mama es actualmente uno de los principales problemas de salud pública y de la mujer mayor de 40 años. El creciente aumento de la enfermedad se encuentra estrechamente relacionado con el envejecimiento y con una mayor prevalencia de los factores de riesgo en la población femenina.⁽²⁾

La Sociedad de Cáncer de America para el reporte del 2009 refiere al cáncer de mama con una mortalidad del 28% y casos nuevos de 14,200³. En México se estima 1.15 millones de nuevos casos en el 2002. Mas del 50% de los casos son en ciudades industrializadas. Tiene una incidencia de 99.4 casos por cada 100,000 mujeres. La sobrevivida se estima en 73% en países desarrollados y 57% en vías de desarrollo. Es la 5ª. Causa de muerte por todos los cánceres. 14% de las muertes en mujeres es por esta causa. Se estima que 1.5% de las mujeres en EUA es sobreviviente al cáncer de mama. Su incidencia y mortalidad varían entre los países. En México se reportaron 13,939 casos de cáncer de mama con una incidencia de 27.2/100,000 habitantes, y 5,217 muertes por esta causa en el 2008 (10.1/100,000 habitantes).⁽³⁾

En el IMSS: En tan solo 15 años la mortalidad se elevo de 7.8 a 11.6 por 100,000 mujeres >25 años en el 2002. En los registros histopatológicos aumento el diagnóstico de cáncer de Mama en un 41.5% de 1998 al 2002. La morbilidad de la UMAE Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el 2008 muestra que el cáncer de mama es el motivo de demanda de primera vez mas frecuente con el 19.58%.⁽⁴⁾

Los avances producidos en los últimos años en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer han dado lugar a un notable aumento de la expectativa de vida de las personas aquejadas por esta enfermedad, lo que a su vez ha propiciado un interés creciente por incluir la calidad de vida en la valoración del estado de salud de los sobrevivientes.⁽⁵⁾

2. Calidad de Vida en el Paciente con Cáncer

La importancia de incluir la calidad de vida en la valoración del paciente radica desde 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 afecciones o enfermedades” (World Health Organization 1952). Por tanto, la evaluación de la salud no debería limitarse exclusivamente a los factores clínicos tradicionales basado en variables anatómicas, biológicas sino además los factores sociales y psicológicos. ⁽⁵⁾

En este contexto, la incorporación de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido una de las grandes innovaciones introducidas en el ámbito sanitario durante el siglo XX. Los primeros intentos de valorar los aspectos no biológicos de la situación cotidiana de los pacientes fueron las mediciones objetivas de su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal, las actividades físicas básicas y mantener un estilo de vida independiente. Ejemplos de este tipo de medidas son la clasificación de la New York Heart Association (Criteria Committee of the New York Heart Association en 1939) para valorar la capacidad funcional de los pacientes con patología cardíaca, la Visick Scale para pacientes gastrectomizados o la clasificación de la American Rheumatism Association. Casi de forma simultánea Karnofsky publicó un instrumento para valorar la situación de los pacientes tratados con mostazas nitrogenadas. Se trataba de una escala numérica con puntuaciones comprendidas entre 0 y 100 que combinaba varios factores: la capacidad para desempeñar las actividades normales y del trabajo, la necesidad de cuidados para la vida diaria y la de recibir cuidados médicos. Durante los años 1950 y 1960 se produjeron grandes avances médicos, tales como la diálisis y el trasplante renal, nuevas formas de tratar a las personas con cáncer o grandes progresos en los cuidados neonatales. A partir de su aplicación se fue haciendo patente la necesidad de emplear mejores métodos para valorar la calidad de la sobrevivencia que se lograba con su aplicación, teniendo en cuenta el dolor o el sufrimiento experimentado por los pacientes. ⁽⁶⁾

En 1966 Retan y Lewis describen por primera vez en la literatura médica el concepto de calidad de vida y posteriormente se publica con el título de “Medicine and the Quality of Life”. En él, Elkinton cuestionaba que en ese momento la diálisis llegara a proporcionar una calidad de vida aceptable a las personas que la utilizaban. Asimismo se planteó hasta qué punto era ético conseguir una mayor cantidad de vida a expensas de su calidad, llegándose a señalar que entre los elementos clave de la ética médica, la calidad de vida debería incluirse junto con la relación médico paciente, el consentimiento informado y el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento. ⁽⁵⁾

En las enfermedades crónicas la medición de la calidad de vida adquiere una enorme importancia como medida del resultado de los programas e intervenciones sanitarias, constituyendo un indicador de gran relevancia en fenómenos de salud tan relevantes como la mortalidad, la hospitalización y el consumo de recursos sanitarios. También se ha establecido que la CVRS predice de manera independiente la hospitalización, la utilización de los servicios de atención primaria y, por tanto, resulta una variable fundamental en relación con el gasto sanitario.

Además en una serie de estudios se ha puesto de manifiesto que la salud percibida se asociaba de manera independiente de los diagnósticos clínicos y de otros factores de riesgo con la mortalidad a medio plazo (entre seis y nueve meses). ⁽⁶⁾

El concepto de calidad de vida fue incluido en el Índice Médicos y desde entonces su uso se ha ido acrecentando progresivamente con el desarrollo de múltiples cuestionarios de CVRS, el creciente número de artículos publicados que recogen este concepto, la creación de sociedades científicas que se dedican a su estudio o la aparición de revistas médicas como Quality of Life Research.⁽⁶⁾

Aunque la preocupación por la calidad de vida de las personas ha ganado prominencia en la investigación médica, psicológica y social desde la década de 1970, no hay una definición de la expresión que cuente con suficiente consenso. Cada disciplina ha enfatizado diferentes aspectos. Pueden encontrarse múltiples definiciones de calidad de vida de las personas, entre ellas: que trata del conjunto de condiciones necesarias para la felicidad, de la satisfacción subjetiva con la vida. También puede encontrarse múltiples significados de la expresión aplicada a los países.⁽⁵⁾

En las distintas acepciones se reconoce que se trata de un concepto amplio, que abarca más que el enfoque de condiciones de vida, el cual se centra en los recursos materiales al alcance de los individuos. La calidad de vida comprende también las circunstancias en que se desarrolla la vida de las personas. Por consiguiente, se acepta que es un concepto multidimensional, no solamente por que requiere tener en cuenta diversos aspectos de la vida de las personas, sino también porque abarca aspectos externos a los individuos, y las interrelaciones entre unos y otros. Sin embargo, no hay acuerdo sobre cuáles deben ser esas dimensiones, ni, cómo deben seleccionarse o ponderarse para tener una media sintética de la calidad de vida. Aunque la inclusión de indicadores subjetivos para medir algunas de esas dimensiones o la calidad de vida en su conjunto era objeto de gran debate hasta hace algunos años, actualmente se acepta también que los indicadores subjetivos son relevantes y que el uso conjunto de indicadores objetivos y subjetivos provee una perspectiva más completa.⁽⁵⁾

La OMS considera la CVRS como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. En general podemos considerar que se trata de un concepto subjetivo y multidimensional, que posee una serie de características:

1. Centrado en el paciente: a diferencia de la concepción que pueda tener un observador o evaluador externo, el concepto de CVRS está orientado hacia la perspectiva de la persona afectada. Por tanto, el mejor evaluador de la calidad de vida de una persona es esa misma persona y no un experto “externo”.
2. Subjetivo: a consecuencia de la primera observación, parece claro que su evaluación debe ser subjetiva.
3. Multidimensional: en general podemos considerar que la CVRS incluye al menos las siguientes dimensiones: física (la percepción de la persona de su estado físico), psicológica (la percepción de la persona de su estado cognitivo y afectivo) y social (la percepción de la persona sobre sus relaciones sociales y sus roles).⁽⁵⁾

En función de lo antes mencionado la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se considera cada vez más uno de los indicadores más relevantes en Medicina y se han desarrollado diferentes cuestionarios genéricos y específicos para su valoración.⁽⁶⁾

Uno de esos instrumentos específico para pacientes con cáncer es el Cuestionario de Calidad de Vida en el Tratamiento del Cáncer de la Organización para la Investigación Europea (EORTC QLQ-30). Este cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados en este campo de estudio. Consta de treinta ítems agrupados en cinco subescalas de funcionamiento vital (físico, emocional de rol, cognitivo y social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas/vómitos), una escala global de salud-calidad de vida y una serie de ítems individuales que miden síntomas adicionales. La consistencia interna (alpha de Cronbach) obtenida con diferentes grupos de población oscila entre 0.50 y 0.86 para la escala global. La fiabilidad test-retest es buena, con valores situados entre 0.82-0.91. Existe una versión española que arroja cifras similares para la fiabilidad test-retest (entre 0.70-0.91) y algo más elevado para la consistencia interna entre 0.9-0.85)

3. La Pareja del Paciente con Cáncer

Un área que abarcan los cuestionarios sobre calidad de vida es la social. El instrumento antes comentado mide la interferencia ocasionada por el estado físico o el tratamiento médico en la vida familiar y las actividades sociales. Esto es importante medir ya que la familia juega un rol importante en la vida del paciente. Se pone en juego dos variables de las crisis en las familias: La vulnerabilidad y el poder regenerativo de la familia. La primera se expresa en la capacidad que tiene la familia para poner en práctica recursos autorreguladores que permitan disminuir la situación tensionante en la misma. Así como en la definición que las familias hacen de la gravedad de la enfermedad y de los cambios que ésta ha generado.⁽⁷⁾

El poder regenerativo de la familia se puede entender como la capacidad para recobrase de la desorganización generada por la influencia del factor tensionante.

Lo que resulta de esta conceptualización es que la tensión y especialmente la crisis son entendidas no como inherentes al hecho penoso en sí (enfermedad), sino como resultado de la definición que la familia haga del hecho, lo que le otorga su sentido, que a su vez configurará la magnitud de la tensión y el estilo de respuesta propio de la familia en cuestión.⁽⁷⁾

En el análisis del poder regenerativo, debe considerarse la capacidad que ha tenido la familia para resolver las crisis familiares anteriores, para lo cual es indispensable estudiar la historia familiar.⁽⁷⁾

La enfermedad como tal puede considerarse como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera serlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc.; con esto se obtienen diferentes intensidades de desajuste, las cuales van a estar influidas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.⁽⁷⁾

La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la que se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este procesamiento de la enfermedad, se genera una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales y disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más grave. Dentro de las respuestas adaptativa que generan la familia,

se observan las de orden afectivo, que incluyen aspectos como el amor, negación, ira, tristeza o depresión; la negación de roles, flexibilización de los límites, etc. Hay también los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la capacidad económica de la familia por concepto de consulta, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad para trabajar del enfermo, integrante económicamente activo. Otro ajuste que a menudo es necesario considerar para dar respuesta a la enfermedad es la redistribución y acondicionamientos de espacios y el tipo de alimentos, que en el caso de familias de escasos recursos realmente es un conflicto grave, lo que en ocasiones lleva a la imposibilidad de la atención domiciliar de paciente crónico. Por último hay que considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social que presenta, ya que en alguna de ellas está limitado para llevarse a cabo de una manera normal, puesto que en muchos de los casos la familia debe aislarse para poder atender al miembro enfermo.⁽⁷⁾

Así mismo la pareja es un punto importante para valorar, y el apoyo que se percibe uno del otro es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud tanto personal, como en la vinculación con los demás. En este sentido, su análisis cobra importancia en el estudio de las relaciones interpersonales y sobre todo en la relación de pareja, por ser éste el pilar de la familia, y esta última la unidad funcional de las sociedades colectivistas. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente.⁽⁸⁾

El apoyo percibido, visto desde una relación dual, es un factor central, sobre todo cuando existe un compromiso emocional. El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. En ésta las emociones que la invaden generan un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a buscar la protección del otro; además, con esa relación sentimental ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro, tanto física, emocional, espiritual y social como cognoscitivo, mediante la expresión física de afectos y cuidados. De tal modo, el apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida; lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja.⁽⁸⁾

Es así como, desde el área de las relaciones interpersonales, Saitzyk define el apoyo como aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un periodo corto, mientras dure una crisis, o cambios de vida o la causa de estrés a largo plazo. Esta definición destaca el intercambio social que implica la conducta de apoyo, pone especial atención en recursos específicos de intercambio entre los esposos y da lugar a que el esposo que brinda el apoyo tome ese rol hacia el esposo que lo busca. Pero, desafortunadamente, no en todos los casos de relación de pareja se pueden satisfacer todas las necesidades que demanda cada uno de sus miembros por medio de brindarle apoyo, pues las percepciones del apoyo que se reciben y que se dan no concuerdan frecuentemente.⁽⁸⁾

El apoyo tiene pocas acepciones. Rhodes lo define como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor.⁽⁹⁾

Díaz Guerrero señala que, cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos (como crisis, problemas laborales, o en relación con el cónyuge), busca en general

apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquellas personas que para él desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza. La familia constituye un punto de referencia de identificación y de apoyo.⁽⁹⁾

Beavers y Hampson refieren que, como nacemos y vivimos en un grupo social (familia), ésta es el soporte emocional y social de un individuo. Cuando no se tiene este soporte, el ser humano tiende a enfermarse emocionalmente, así como el aislamiento y distanciamiento social.⁽⁹⁾

Para Cohen y Wills existen cuatro tipos de apoyo que se brindan a una pareja: el apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral (de estima), de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible. En cambio, los dos últimos estilos de apoyo son de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita el apoyo.⁽¹⁰⁾

El código de comportamiento de apoyo social (SSBC) diseñado por Suhr, al valorar la frecuencia de 23 comportamientos de intento de comunicación de apoyo, reporta que estos se ubican en cinco categorías:

1. Apoyo emocional: comunicando amor, interés o empatía.
2. Apoyo estimado: comunicando respeto y confianza en las habilidades.
3. Apoyo de información: proporcionando información sobre el estrés o consejo de cómo manejarlo.
4. Ayuda tangible: proporcionando u ofreciendo buenos servicios o deseos en una situación de estrés.
5. Red de apoyo social: comunicándose con o perteneciendo a un grupo de personas con problemas similares o intereses similares.

Casi todos los comportamientos codificados son verbales; un código no verbal es el afecto físico: tocarse, sostener las manos, etcétera.

Algunos investigadores por ejemplo: Newcombs, Saranson, Saranson y Shearin, von Dras y Siegler piensan que la influencia de la personalidad del esposo y la esposa son determinantes en las interacciones del apoyo social marital. Recientemente estos investigadores han destacado que la red de apoyo social no emerge independientemente del individuo y sus alrededores. Las características de personalidad del individuo son muy influyentes o determinantes en la cantidad y calidad de apoyo disponible en el tiempo en que se necesita.⁽¹⁰⁾

Con base en ello se pudo determinar la creación de instrumentos de apoyo de pareja. Estos definen como apoyo positivo a: la ayuda para buscar soluciones que se brindan a la pareja cuando tiene problemas, mediante proporcionarle seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación mutua.⁽⁸⁾

La relación entre estas definiciones que fueron descritas son importantes ya que: en la paciente se presenta en mayor o menor grado una disrupción en sus relaciones interpersonales, laborales, etc. y una etapa de incapacidad con respecto sus actividades de la vida diaria. La paciente tiene que aprender a detectar y utilizar sus recursos y así recobrar el control de su vida, lo cual mejorará su estado de ánimo; así como a apoyarse en quienes le rodean y ellos a que la paciente no puede brindar las mismas atenciones que cuando estaba sana.

Este pensar primero en sí misma es muy difícil para ella pues la mujer ha sido educada para pensar primero en las necesidades de los demás para satisfacerlas (papás, hermanos, pareja, hijos y ahora tiene que pensar antes que en nadie en ella).⁽⁹⁾

Con frecuencia las parejas se sienten culpables y preocupadas por sus propias emociones e inquietudes, pensando que no deberían sentirse como se sienten porque es su pareja la que tiene cáncer. También es común que las parejas se sientan impotentes y que nieguen sus sentimientos. Con frecuencia los hombres consideran que es importante que ellos "sean fuertes" para su pareja y podrían sentirse frustrados por no poder "arreglar" la situación. Es sumamente difícil pero importante que las parejas se den cuenta que tienen que abordar sus propias necesidades e inquietudes para poder apoyar mejor a su pareja con cáncer de mama.⁽¹⁰⁾

Hasta hace unos años, las mujeres con cáncer de mama se enfrentaban solas a los problemas derivados de la enfermedad que afectasen a la vida en pareja. Sin embargo, poco a poco el hombre se ha ido involucrando en todo el proceso de la enfermedad, tanto en lo relativo a aspectos médicos propios del tratamiento como en lo referente a la aceptación de cambios físicos. Miren Barrutia refiere en este sentido, "el apoyo y asesoramiento sexológico y psicológico ejercen un importante papel ofreciendo claves y dotando de recursos a la pareja para que ésta se enfrente a la nueva situación y la asimile". Paralelamente se trabajan aspectos más generales como la redistribución de los roles del hogar. Ante la nueva situación familiar, el varón debe empezar a asumir nuevas responsabilidades que, antes de irrumpir el cáncer de mama en la unidad familiar, venía desempeñando la paciente.⁽¹¹⁾

ANTECEDENTES

Existen aproximadamente 10,261 artículos que hacen referencia específicamente sobre cáncer de mama y calidad de vida en OVID-LINE. Algunos de estos artículos comparan la calidad de vida en relación a la aplicación de tratamientos administrados contra el cáncer de mama, siendo éste un punto importante para la toma de decisiones en el uso y recomendación de algún tratamiento como: el Elath Related Quality of life Parameters As Prognostic Factor in a Nonmetastatic Breast Cancer Population: An International Multicenter Study, tenía el objetivo de evaluar la calidad de vida sin embargo se desvían del propósito y lo enfocan a otras cosas como el resultado histopatológico al que le dan mas importancia al final.

Algunos estudios como el de Quality Of Life In Peacent With Breast Cancer Hospital Essalud Cusco mencionan como influye la familia y la calidad de vida pero tienen la desventaja de que propiamente no se analiza el apoyo de pareja, o bien, en donde se limita el estudio a ser solo una variable a la cual no le dan un valor mayor.⁽¹³⁾

Los resultados del estudio de Weihs en el 2007 son la evidencia de la importancia de estudiar a la relación de pareja en las mujeres que padecen cáncer ya que puede ser un predictor de mortalidad. Esto puede estar incluido el manejo de las emociones y la estabilidad de la relación de la pareja en los primeros años del padecimiento. Al tener una relación el apoyo de pareja con la supervivencia lo convierte en un estudio interesante del cual podemos criticarlo y crear nuevas hipótesis. Estas preguntas que nos surgen es como es ese tipo de la relación de la pareja, o bien, la pareja es el subsistema que mas influye en la supervivencia del paciente con cáncer de mama. En este estudio se enfoca mas al proceso que se realiza en el pensamiento ante el cáncer de mama en relación a la sobrevivida.

De la misma manera otros estudios no se enfocan a examinar esos aspectos del cáncer de mama, y en lo que respecta a otros solo lo colocan como otra variable más que interviene sin darle la importancia merecida. En México, la investigación en Medicina Familiar es aún incipiente. A pesar de que la especialización tiene una vida de 30 años en nuestro país, no se ha identificado una sistematización en la formación de investigadores. Los grupos que la realizan se encuentran diseminados en diversas instituciones del sistema nacional de salud. Los resultados de las investigaciones que realizan son publicados en revistas con escaso impacto o difusión y no hay consenso en cuanto a la aplicación de lo aprendido en esas investigaciones, para normar las actividades clínicas de los médicos familiares. ⁽¹²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problema:

El cáncer de mama es un problema de salud pública, prioritario por su magnitud y trascendencia, que se relaciona con las transiciones demográfica y epidemiológica del país. Con el envejecimiento de la población, y una mayor exposición a los factores de riesgo, cobrará mayor relevancia en la sociedad y los servicios de salud, que deberán responder a las necesidades crecientes de detección y atención de esta tumoración mediante programas costo-efectivos. Las políticas de este problema en México están dirigidas a la organización y el crecimiento de la infraestructura para el desarrollo de un programa nacional de detección temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento con calidad óptima, trato cordial y respeto a los derechos de las pacientes.⁽¹²⁾

Cada vez es más aceptado que para la atención de las pacientes con cáncer de mama se integre la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud para la toma de decisiones en cuanto a manejo, evolución y pronóstico. El tema de calidad de vida en mujeres mexicanas poco se ha estudiado, actualmente un instrumento con una validez adecuada es el EORT QLQ c-30 que podría permitir la comparación de sus resultados con los de otros estudios.

Otro punto que han tratado de abordar algunos investigadores es el de las redes sociales (principalmente la familia) y como influyen en la atención del paciente con cáncer. Sin embargo la operacionalización de algunas variables no permite una medición consistente y comparable, por lo que algunos instrumentos ya validados en otras situaciones pueden servir para medir y explicar algunos de las situaciones vividas por las pacientes con cáncer.

¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida y la percepción de la relación de pareja en las mujeres con cáncer de mama?

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la incidencia y de la prevalencia del cáncer de mama, es lo que ha preocupado al sector salud ya que es un problema de salud pública, el tener mayor conocimiento sobre el cáncer nos ayudará a entender mejor a la enfermedad. Conocer científicamente a la paciente con cáncer de mama nos permitirá poder comprender su situación ante la enfermedad.

Nosotros consideramos que la paciente con cáncer de mama debe valorarse en todos los aspectos posibles, encontrar aquellos factores de riesgo o protectores nos permitirá tenerlo en cuenta para la toma de decisiones del médico con la familia o la pareja. Esto encaminado a que la paciente tenga una mejor percepción de la calidad de vida relacionado a la salud.

También con este estudio podremos obtener beneficios tanto para la participante, la comunidad y para el instituto. Los beneficios son para la paciente que se identifique una necesidad de una terapia de pareja en conjunto con sus tratamientos médicos, ya que la dinámica familiar pueda ser disfuncional ocasionándole una peor calidad de vida. Socialmente se busca fomentar la responsabilidad de la familia o la pareja para apoyar a la paciente con cáncer de mama. Para el IMSS servirá para que determine la importancia de otorgar terapia familiar y/o de pareja.

OBJETIVOS

1. Objetivo General:

Determinar la asociación de la percepción de la relación de pareja y la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama.

HIPÓTESIS

1. Hipótesis Alterna:

Las mujeres con cáncer de mama con apoyo positivo tienen una buena calidad de vida.

2. Hipótesis Nula:

Las mujeres con cáncer de mama con apoyo positivo tienen una mala calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Investigación:

Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

- Prospectivo

Según el período y secuencia del estudio:

- Transversal

Según análisis y alcance de los resultados:

- Descriptivo

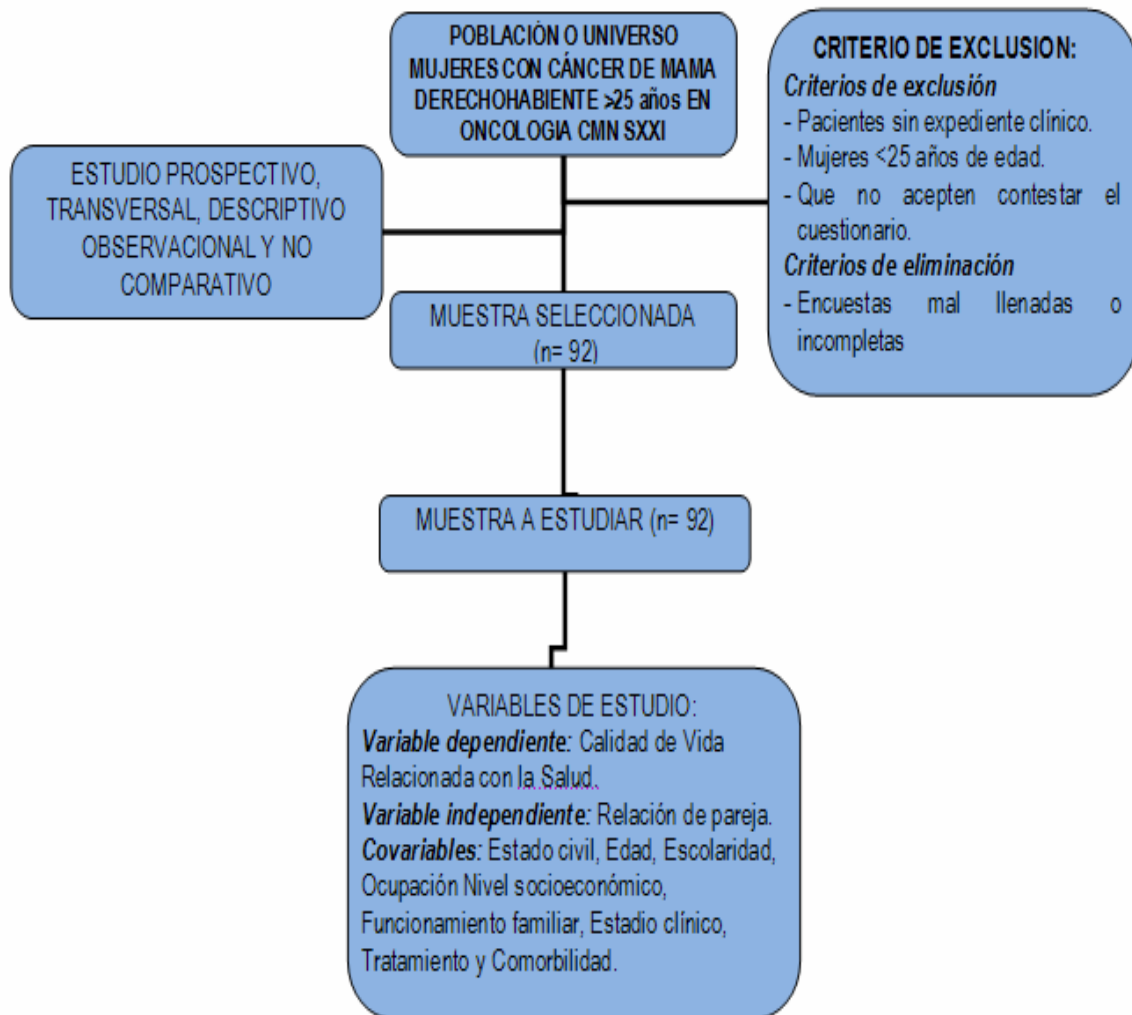
Diseños de investigación Epidemiológica:

- Observacional.

Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados:

- No Comparativo

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO

1. Población ó Universo:

Población urbana: El estudio se realizó en la Unidad de Medicina de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el Distrito Federal, México..

2. Ubicación Temporal y Espacial de la Población:

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el Distrito Federal que se realizó en Enero a Febrero del 2010.

MUESTRA

Tamaño de Muestra y Tipo de Muestra:

- Tamaño mínimo de muestra
- Muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático.

Para el Muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático, se ingresaron a muestreo todos los pacientes que se registraron en el sistema de aperturas con el diagnóstico de cáncer de mama. Mediante la fórmula para tamaño mínimo de muestra para determinar la prevalencia en una población que no conocemos se obtendrá con la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 pq / d^2$$

Donde:

Z= nivel de confianza

- Z = del 95%
- Z = 1.962

p= proporción estimada de la población

- Proporción estimada en este caso del 50%
- p = 0.50

q= proporción de individuos que no posee esa característica

- q = 1 – p (en este caso 1 – 0.50 = 0.50)
- q = 0.50

d = precisión (en este caso deseamos un 10%)

- d = 10

Tamaño de muestra = 112

Tamaño total muestra =112

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

1. Criterios de inclusión:

- Mujeres >25 años de edad
- Con diagnóstico de cáncer de mama
- Pacientes derechohabientes

2. Criterios de exclusión:

- Pacientes sin expediente clínico.
- Mujeres <25 años de edad.
- Que no acepten contestar el cuestionario.

3. Criterios de eliminación:

- Pacientes con encuestas que sean mal llenadas o incompletas.

VARIABLES

1. Información a Recolectar:

Variable independiente:

- Relación de Pareja

Variable dependiente:

- Calidad de vida relacionada con la salud

Covariables:

- Estadio clínico
- Comorbilidad
- Tratamiento
- Funcionamiento familiar
- Nivel socioeconómico
- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación

2. Definición Conceptual de las Variables:

Variable independiente:

Relación de pareja: Se define como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor.

- Operacionalización: Se aplicó el cuestionario de Inventario de apoyo para la pareja (IAPP)
- Escala de medición: cualitativa
- Indicador: apoyo positivo, apoyo expresado y apoyo negativo

Apoyo positivo: Alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos

Apoyo expresado: se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo: se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia.⁽⁸⁾

Variable dependiente:

Calidad de vida relacionado con la salud: La calidad de vida es un concepto multidimensional, que abarca los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades diarias del paciente. Este concepto toma en consideración el grado de satisfacción del paciente, con su funcionamiento en estas esferas

- Operacionalización: Se realizara el cuestionario Treatment of cancer quality of life core questionnaire, 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), para su corrección es preciso realizar una transformación de las puntuaciones a una escala de 0 a 100 puntos; a mayor puntuación mejor calidad de vida, siendo 100 el máximo valor posible.⁽¹³⁾ Con el puntaje obtenido se hizo una variable dicotomía: buena y mala calidad de vida.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: buena y mala calidad de vida.

Variables intervinientes (covariable):

Estadio clínico: periodo o fase de una enfermedad caracterizado por ciertos síntomas; periodo en el curso de un padecimiento.⁽¹⁵⁾

- Operacionalización: Revisión del expediente clínico con base a la clasificación TNM.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: estadio 0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV

Comorbilidad: Situación de padecer dos o más enfermedades al mismo tiempo.

- Operacionalización: Se revisó el expediente clínico.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: Ninguna, HAS, DM, obesidad, otras.

Tratamiento actual: Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad

- Operacionalización: Se revisó el expediente clínico.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: mastectomía, mastectomía más quimioterapia, mastectomía más radioterapia, mastectomía más quimioterapia más radioterapia, sin tratamiento y cuadrantectomía.

Funcionamiento familiar: es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez 1989). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas 1994).⁽¹⁴⁾

- Operacionalización: A través del Apgar familiar.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: 00-03 disfunción grave, 04-06 disfunción moderada, 07-10 familia funcional.

Nivel socioeconómico: es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social.

- Operacionalización: Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF).
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: 0-3 sin evidencia de pobreza familiar, 4-6 Pobreza familiar baja, 7-9 Pobreza familiar media, 10-12 pobreza familiar alta.

Edad: Tiempo transcurrido en años desde el momento del nacimiento hasta el la fecha de ingreso al estudio. Se evaluará por interrogatorio directo en nivel basal.

- Operacionalización: Interrogatorio directo.(cuestionario).
- Escala de medición: cuantitativa.
- Indicador: Años cumplidos.

Estado civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

- Operacionalización: Interrogatorio directo.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: casada, soltera, unión libre, divorciada, separada, viuda.

Escolaridad: Grado máximo de estudios del paciente.

- Operacionalización: Interrogatorio directo.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, normal superior, profesional y posgrado.

Ocupación: Actividad a la que se dedica el paciente.

- Operacionalización: Interrogatorio directo.
- Escala de medición: cualitativa.
- Indicador: hogar, obrero, técnico, empleado, profesionista, pensionado, comerciante.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONALIZACION	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Relación de pareja	Se define como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor.	Se aplicó el cuestionario de Inventario de apoyo para la pareja (IAPP)	Cualitativa	apoyo positivo, apoyo expresado y apoyo negativo
VARIABLE DEPENDIENTE				
Calidad de vida relacionado con la salud	Es el grado de satisfacción del paciente con su funcionamiento físico psicológico y social	Cuestionario Treatment of cancer quality of life core questionnaire, El EORTC QLQ-C30	Cualitativa	Buena ó Mala
VARIABLES INTERVINIENTES (covariables)				
Estadio clínico	el tiempo en años o meses desde que se le diagnostico cáncer de mama.	Revisión del expediente clínico con base a la clasificación TNM	Cualitativa	0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV
Comorbilidad	Situación de padecer dos o más enfermedades al mismo tiempo	Revisión del expediente clínico	Cualitativa	Ninguna, HAS, DM, obesidad, otras
Tratamiento	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.	Revisión del expediente clínico	Cualitativa	mastectomía, mastectomía más quimioterapia, mastectomía más radioterapia,

				mastectomía más quimioterapia más radioterapia, sin tratamiento y cuadrantectomía
Funcionamiento familiar	es el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia.	Apgar familiar	Cualitativa	00-03 disfunción grave, 04-06 disfunción moderada, 07-10 familia funcional
Nivel socioeconómico	es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social.	Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF)	Cualitativa	0-3 sin evidencia de pobreza familiar, 4-6 Pobreza familiar baja, 7-9 Pobreza familiar media, 10-12 pobreza familiar alta
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el momento del nacimiento hasta el la fecha de ingreso al estudio	Interrogatorio directo.(cuestionario)	Cuantitativa	Años cumplidos
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Interrogatorio directo.(cuestionario)	Cualitativa	1.casada, 2.soltera, 3.unión libre, 4. divorciada, 5.separada, 6.viuda.
Escolaridad	Grado máximo de estudios del paciente	Interrogatorio directo.(cuestionario)	Cualitativa	1.ninguna, 2.primaria, 3.secundaria, 4.preparatoria, 5.normal superior, 6. profesional
Ocupación	Actividad a la que se dedica el paciente	Interrogatorio directo.(cuestionario)	Cualitativa	1.hogar, 2. obrero, 3. técnico, 4.empleado, 5. profesionalista, 6. pensionado, 7. comerciante

DISEÑO ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS 15 for Windows. Inc. Chicago, USA 2002; y EpiMax Table Calculator.

Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

En el análisis bivariado se estudio la percepción de la relación de pareja (variables independientes) como factores de riesgo para mala calidad de vida, utilizando razones de riesgo (RP). Se estimaron indicadores con intervalos de confianza al 95%. Las variables que demostraron significancia estadística ($p=0.05$) se realizó análisis multivariado.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó el cuestionario Treatment of cancer quality of life core questionnaire, El EORTC QLQ-C30 combina dos formatos de respuesta: Dicotómica (sí/no) y tipo Likert, de cuatro (en absoluto, poco, bastante y mucho) y siete puntos (desde pésimo a excelente), para su corrección es preciso realizar una transformación de las puntuaciones a una escala de 0 a 100 puntos; a mayor puntuación mejor calidad de vida, siendo 100 el máximo valor posible.⁽¹³⁾ Con el puntaje obtenido se hizo una variable dicotomía: buena y mala calidad de vida. (ver anexo II)

Se aplicó junto con este instrumento el cuestionario de Inventario de apoyo para la pareja (IAPP) clasifica en: apoyo positivo, apoyo expresado y apoyo negativo. Otro fue el Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF) que clasifica según su puntuación en: de 0-3 sin evidencia de pobreza familiar, 4-6 Pobreza familiar baja, 7-9 Pobreza familiar media, 10-12 pobreza familiar alta. Por último se anexo al cuestionario el APGAR familiar que mide el funcionamiento familiar en ese momento por el individuo que lo contesta. La suma de sus puntos nos da los siguientes rangos: de 0 a 3 puntos como disfunción grave; de 4-6 como disfunción moderada y de 7 a 10 como familia funcional. (ver anexo II)

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

La población de estudio son aquellas mujeres que acudieron a la consulta de oncología de mama de la UMAE hospital de Oncología del CMN SXXI, en donde existe un consultorio del cual se obtuvieron los registros de las pacientes que acudían a consulta ese día.

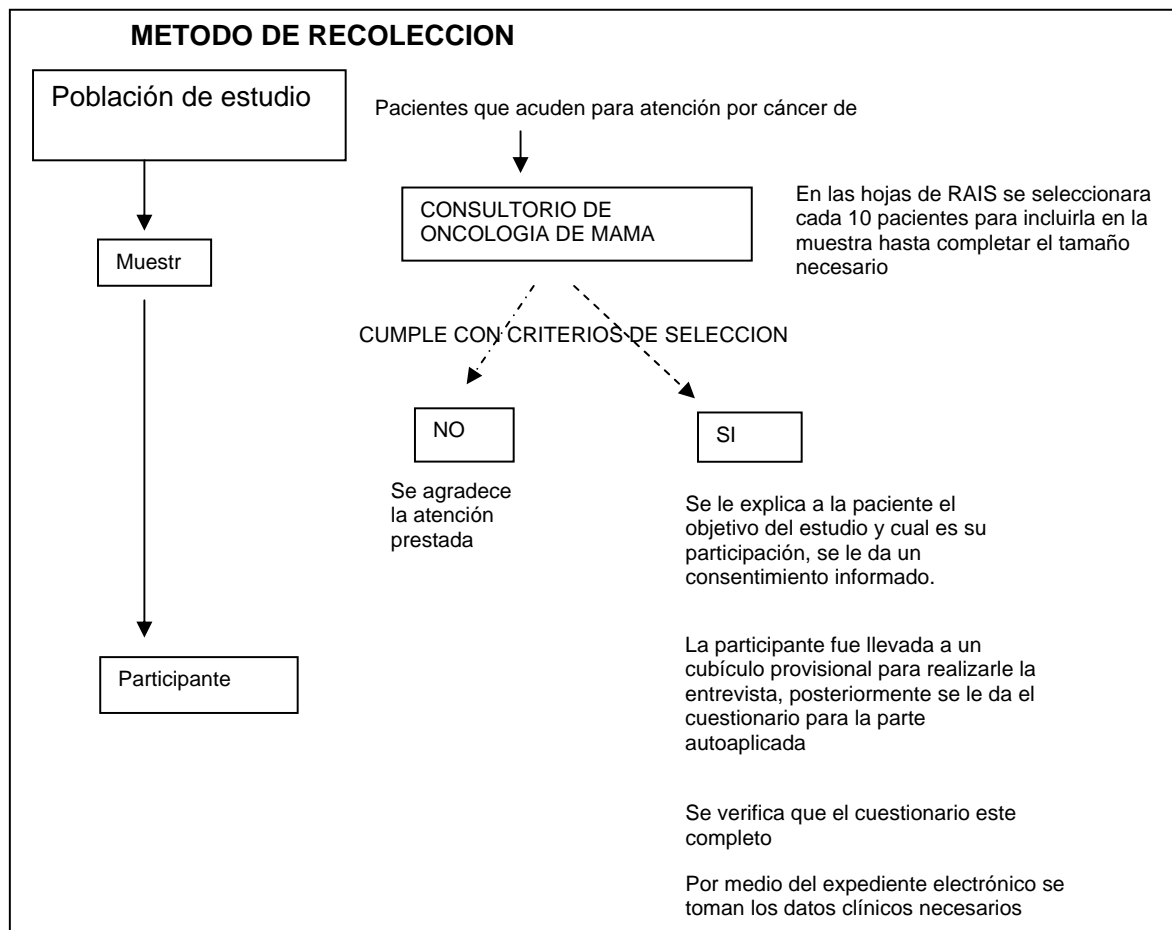
Con estas hojas de registro se realizó una aleatorización sistemática. Seleccionando una de cada 10 pacientes registradas hasta completar la muestra necesaria (la primera de un bloque de diez).

Si la paciente cumplía los criterios de selección, se le explicaba el tipo de estudio y cual era su participación. Así mismo, se le otorgaba una hoja de consentimiento informado para firmar.

La participante era llevada a un cubículo provisional para realizarle la entrevista, posteriormente se le daba el cuestionario para la parte autoaplicada durante un tiempo de 30 minutos, y posteriormente se verificaba que todos las preguntas estuvieran contestadas.

Se le dio las gracias por su participación, y posteriormente el investigador revisaba el expediente electrónico en la unidad para completar el instrumento.

Por último a quienes se detectaba con problemas con su pareja se enviaba con su Médico Familiar indicando cual era la problemática encontrada.



MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

1. SESGO DE SELECCIÓN:

Para evitar el sesgo de selección, se utilizaron los criterios de selección y se realizó selección aleatoria de los participantes. Como ya se había explicado anteriormente, el primero de un bloque de diez de la hoja de registro. Con antelación se desconocía quien fuera la paciente que esperaba en la sala.

2. SESGO DE INFORMACION:

Paciente de reciente diagnóstico (para evitar sesgo de memoria)

Utilización de instrumentos validados

Cuestionarios autoaplicables en donde se les daba instrucciones de que contestaran lo más fidedigno y que si había preguntas que no entendieran las dejaran en blanco, no sin antes haber intentado responderla. En caso muy necesario si existía alguna palabra que no comprendían, podían solamente preguntar el significado; el encuestador solo se encargaría de responderle lo más concreto o bien con algún sinónimo.

3. SESGO DE CONFUSION:

Algunas variables que pueden confundir los resultados entre la asociación de calidad de vida, mujeres con y sin pareja se midieron como fue nivel socioeconómico, estadio, tratamiento, comorbilidad, funcionalidad familiar, escolaridad y ocupación.

Una de las variables confusoras fue la edad, por lo que se realizó un análisis estratificado para edad.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

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

TITULO DEL PROYECTO:

“Calidad de vida y Percepción de la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama”

CRONOGRAMA		DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO		
ACTIVIDAD	SEM ANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
PRESENTACION DE PROYECTO DE TESIS	P															
	R															
PRUEBA PILOTO	P															
	R															
REALIZACION DE CUESTIONARIO	P															
	R															
CAPTURA DE DATOS	P															
	R															
ANALISIS DE INFORMACION	P															
	R															
PRESENTACION DE RESULTADOS	P															
	R															
MODIFICACIONES	P															
	R															
TESIS FINAL	R															
	P															

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Humanos:

- El residente de la especialidad de medicina familiar, responsable del proyecto de investigación. Asesores clínicos como metodológico.

Materiales y financieros:

- Lápiz, sacapuntas y plumas para la contestación de los cuestionarios.
- Fotocopias de las encuestas.
- Uso de una computadora de la unidad para entrar a la red interna para búsqueda de los expedientes, calculadora estadística, computadora portátil, y una USB.
- La UMAE H. Oncología CMN SXXI (cubículo para la aplicación del instrumento).

Financiamiento:

- Por el médico residente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

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. Las técnicas de encuesta en estudios previos han demostrado eficacia, seguridad y confiabilidad, por lo tanto, no constituyen procedimientos de riesgo para los pacientes. (ver anexo I)

Sin embargo, existe la posibilidad de que se identifique en los pacientes con mala calidad de vida y apoyo negativo de la pareja 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.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 92 pacientes con cáncer de mama, población seleccionada para este estudio, encontrando los siguientes resultados:

En **edad** la media fue de 54 años, en un rango comprendido entre los 26 a los 83 años; 33 (30.3%) eran menores de 50 años; 28 (25.7%) estaban en el rango de 50 a 59 años; 31 (28.5%) eran mayores de 60 años. (Ver tabla 1, gráfica 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%) en unión libre; 18 (19.6%) eran viudas. (Ver tabla 2, gráfica 2).

La **escolaridad** resultó en una distribución porcentual de: 8 (8.7%) sin ninguna escolaridad; 27 (29.3%) con formación primaria; 14 (15.2%) escolaridad secundaria; 8 (8.7%) bachillerato; 16 (17.4%) carrera técnica; 4 (4.3%) con normal superior; 15 (16.3%) para nivel profesional. (Ver tabla 3, gráfica 3).

La **ocupación** laboral, el 1 (1.1%) era desempleada; 17 (18.5%) era empleada; 52 (56.5%) están las que se dedican al hogar; 7 (7.6%) eran jubiladas; 1 (1.1%) eran obreras y 14 (15.2%) eran mujeres profesionistas. (Ver tabla 4, gráfica 4).

Para **el estadio clínico**, según el TNM obtenido a través del expediente clínico, fue el siguiente: resultó que se encontraban en ese momento con un 17 (18.5%) en estadio 0; con 13 (14.1%) en el estadio I; con 14 (15.2%) en el estadio IIA; con 22 (23.9%) en el estadio IIB ya con metástasis; con 8 (8.7%) en el estadio IIIA; con 7 (7.6%) en el estadio IIIB; con 6 (6.5%) en el estadio IIIC; y en etapas terminales con 5 (5.4%) estadio IV. (Ver tabla 5, gráfica 5).

La frecuencia para **comorbilidad** fue la siguiente: 39 (42.3%) con comorbilidad y 53 (57.7%) sin enfermedades agregadas. (Ver tabla 6, gráfica 6).

Para la variable del **tratamiento** médico y/o quirúrgico encontramos que un 19 (20.7%) no habían recibido un tratamiento; del 4 (4.3%) con cuadrantectomía; con 15 (16.3%) tenía mastectomía; 12 (13%) con mastectomía más radioterapia. 16 (17.4%) mastectomía más quimioterapia; 26 (28.3%) con mastectomía, quimioterapia y radioterapia. (Ver tabla 7, gráfica 7).

Nivel socioeconómico, tenemos una distribución porcentual de 39 (42.4%) sin pobreza; 46 (50%) con pobreza baja; 7 (7.6%) con pobreza media; 0 (0%) en pobreza alta. (Ver tabla 8, gráfica 8).

Los resultados para **funcionamiento familiar** son los siguientes: 3 (3.3%) con disfunción grave; con 7 (7.6%) con disfunción moderada y 82 (89.1%) con funcionalidad familiar. (Ver tabla 9, gráfica 9).

Percepción de la relación de pareja. En la percepción de la relación de pareja se midió principalmente el tipo de apoyo que percibe la mujer de su pareja, ya sea negativo o positivo. De aquellas mujeres que referían tener una pareja, el apoyo fue positivo en 47 (87%) y negativo en el 7 (13%). (Ver tabla 10, gráfica 10).

Los resultados para **Calidad de vida** relacionada con la salud fueron de 47 (51.1%) como buena calidad de vida; de 45 (48.8%) como mala calidad de vida. (Ver tabla 11, gráfica 11).

En la **Escala de calidad de vida**: Se obtuvieron diversos resultados que arroja el instrumento EORTC QLQ c-30 que se muestran a continuación:

Del estado de salud global obteniendo una media de 71.4 con desviación estándar (DS) de ± 18.9 . (ver tabla 12 y gráfica 12)

Los resultados de la escala de funcionalidad fueron los siguientes: *función psicológica* con una media de 83.8 y DS ± 20.8 ; *rol funcional* con media 85.1 y DS ± 26.3 ; *función emocional* con media 71.3 DS ± 20.4 ; *función cognitiva* con media de 80.4 y DS de ± 20.9 ; *Función social* con media de 83.3 y DS de ± 24.9 . (ver tabla 12 y gráfica 12)

En la escala de síntomas sus variables fueron las siguientes: *Fatiga* con media de 25.1 y DS de ± 23.14 ; *Náuseas y vómito* con media de 10.69 y DS ± 18.5 ; *Dolor* con media de 21 y DS ± 22 ; *Disfonía* con media de 11.5 y DS de ± 18.7 ; Insomnio con media de 23.5 y DS de ± 29.4 ; *Pérdida del apetito* con media 16.6 y DS de ± 23.9 ; *Constipación* con media de 22.8 y DS de ± 28.3 ; *Diarrea* media de 7.25 y DS de ± 19 ; *Dificultades financieras* media de 21 y DS de ± 30.7 . (ver tabla 12 y gráfica 12).

Los resultados de **análisis bivariado** para **calidad de vida relacionada con la salud y la relación de pareja** fue la siguiente: 30 (32.6%) eran mujeres con pareja que tenían una buena calidad de vida; 17 (18.5%) mujeres sin pareja que tenían una buena calidad de vida. Para una mala calidad de vida fue la siguiente: 24 (26.1%) eran mujeres que tenían pareja pero con mala calidad de vida; 21 (22.8%) eran mujeres sin pareja y con mala calidad de vida. Esto se observa mejor en la tabla 4 y en su representación gráfica número 4. (ver tabla 13 y gráfica 13)

Los resultados de **análisis bivariado** para **calidad de vida y tipo de apoyo** fue la siguiente: 28 (30.4%) tenían un apoyo positivo con buena calidad de vida; un 2 (2.2%) tenían un apoyo negativo con buena calidad de vida; del 17 (18.5%) no tenían pareja pero tenían una buena calidad de vida. Para mala calidad de vida fueron los siguientes resultados: 19 (20.7%) tenían un apoyo positivo pero tenían mala calidad de vida; un 5 (5.4%) tenían un apoyo negativo con mala calidad de vida; del 21 (22.8%) no tenían pareja y tenían una mala calidad de vida. (ver la tabla 14 y gráfico 14).

En el análisis bivariado se estudiaron algunas variables independientes como factores de riesgo para tener mala calidad de vida, utilizando **Razón de prevalencia (RP)** con sus intervalos de confianza y se obtuvieron los siguientes resultados:

En **edad** encontramos que las mujeres con cáncer de mama que presentaban una edad mayor de 60 años comparada con el grupo de menores de 50 años tuvieron una RP=1.135 (IC 95% 0.64-1.99, p=0.8), ósea un 13% de exceso de riesgo para tener mala calidad de vida. (ver tabla 15)

En **escolaridad** se observó que las mujeres con analfabetismo presentaban dos veces más riesgo (RP=2.09, IC95% 1.01-2.50; p=0.04) de tener mala calidad de vida comparadas con aquellas que tenían un nivel medio superior. (ver tabla 15)

En **ocupación** se observó que las mujeres desempleadas no presentaron riesgo de tener mala calidad de vida (RP=0.87, IC95% 0.57-1.44; p=0.7) comparadas con las que tenían empleo. (ver tabla 15)

En **nivel socioeconómico** se observó que las mujeres con pobreza presentaban 62% de exceso de riesgo (RP=1.629, IC95% 0.99-2.79; p=0.05) de tener mala calidad de vida comparadas con aquellas sin pobreza. (ver tabla 15)

Para **estadio clínico** se observó que las mujeres con etapas tardías no presentaron riesgo de tener mala calidad de vida (RP=0.95, IC95% 0.60-1.52; p=1) comparadas con la etapa temprana. (ver tabla 15)

La **comorbilidad** se observó como riesgo para tener mala calidad de vida comparada con aquellas que no tenían; presentaron un 30% de exceso de riesgo (RP=1.3, IC95% 0.81-2.01; p=0.3). (ver tabla 15)

Las pacientes **sin pareja** presentaron 24% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida comparada con aquellas que si referían tener pareja (RP=1.24, IC95% 0.78-1.92; p=0.4).(ver tabla16)

En la relación de pareja, el tener un **apoyo negativo** tuvo 76% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida comparadas con la que tenían apoyo positivo. (RP=1.76, IC95% 0.68-2.56; p=0.2). (ver tabla 16)

La **disfuncionalidad familiar** presentó un 51% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida comparada con las que tenían funcionalidad familiar. (RP=1.51, IC95% 0.72-2.10; p=0.2). (ver tabla 16)

En el **análisis multivariado** se sometieron las variables con valores significativos (escolaridad y nivel socioeconómico) a una regresión logística, controlando aquellas variables confusoras, sin observar un resultado estadístico. (ver tabla 17)

TABLAS Y GRAFICAS DE RESULTADOS

TABLA1: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD.

EDAD	n (%)
>60	31 (28.5)
50 a 59	28 (25.7)
<50	33 (30.3)

GRAFICA 1: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD.

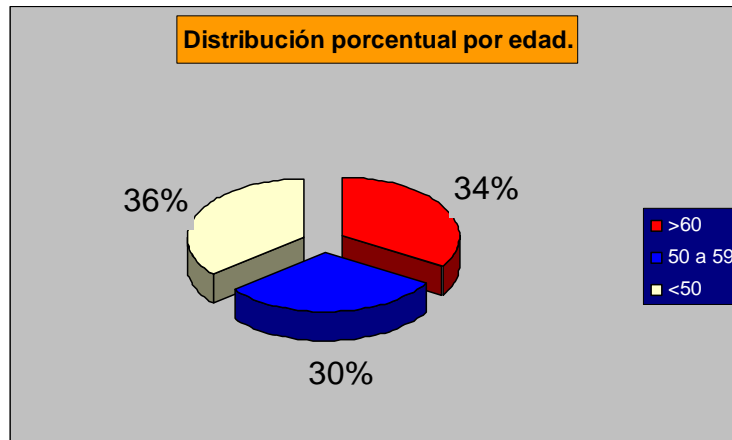


TABLA 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL

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

GRAFICO 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL.

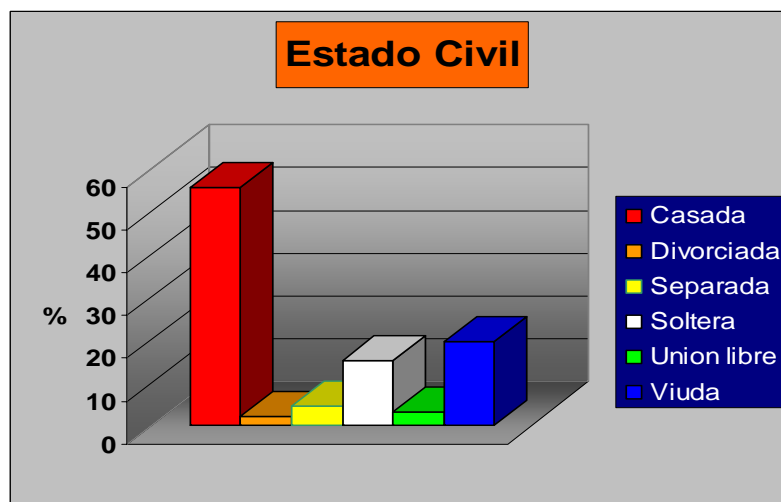


TABLA 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESCOLARIDAD.

VARIABLE	n=92	n.	%
ESCOLARIDAD	Ninguna	8	8.7
	Primaria	27	29.3
	Secundaria	14	15.2
	Bachillerato	8	8.7
	Carrera técnica	16	17.4
	Normal superior	4	4.3
	profesionista	15	16.3

GRAFICO 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESCOLARIDAD.

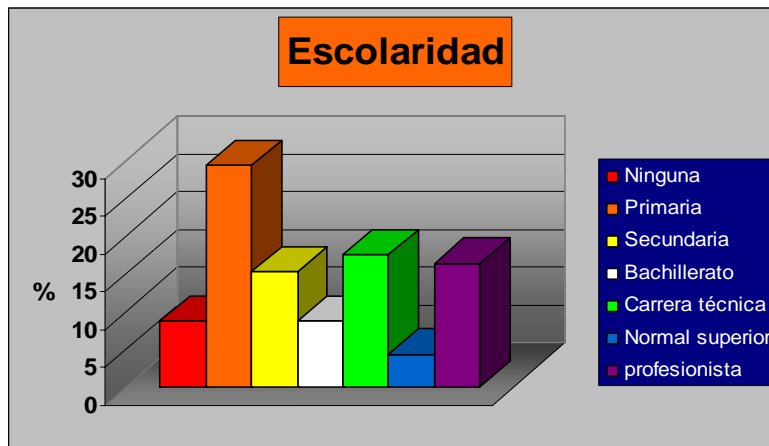


TABLA 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR OCUPACION.

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

GRAFICO 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR OCUPACION.

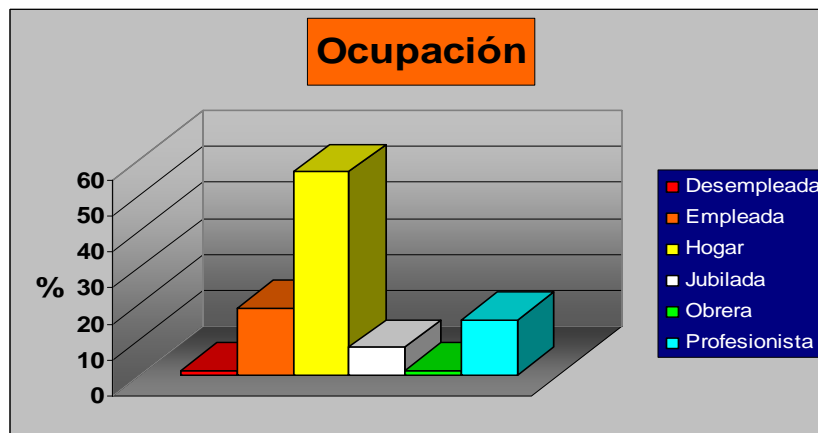
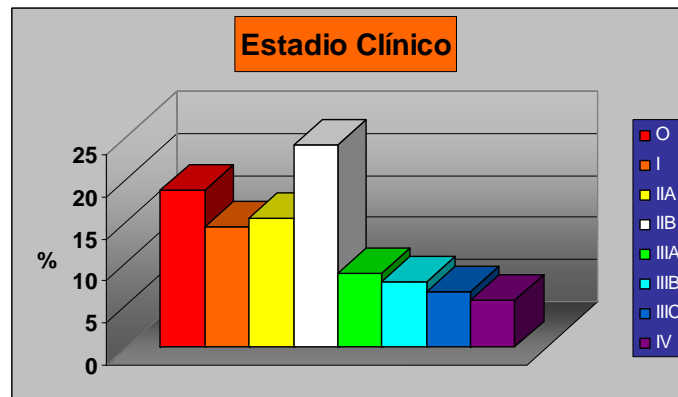


TABLA 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADIO CLINICO.

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

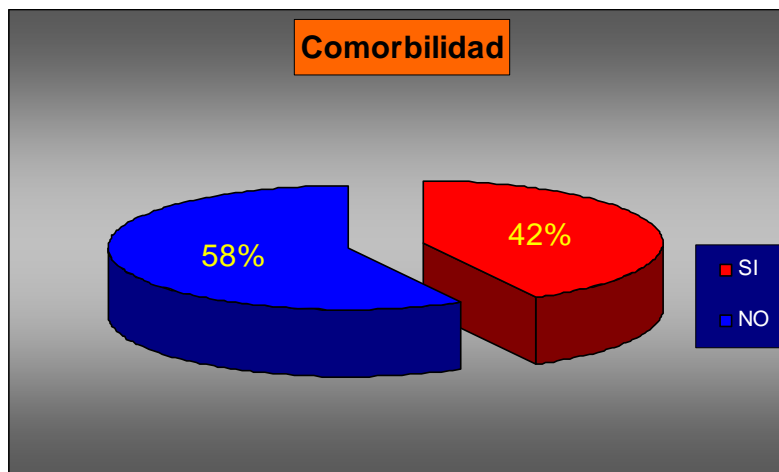
GRAFICO 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADIO CLINICO.



CUADRO 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR COMORBILIDAD.

VARIABLE	n=92	n	%
COMORBILIDAD	SI	39	42.3
	NO	53	57.7

GRAFICA 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR COMORBILIDAD.

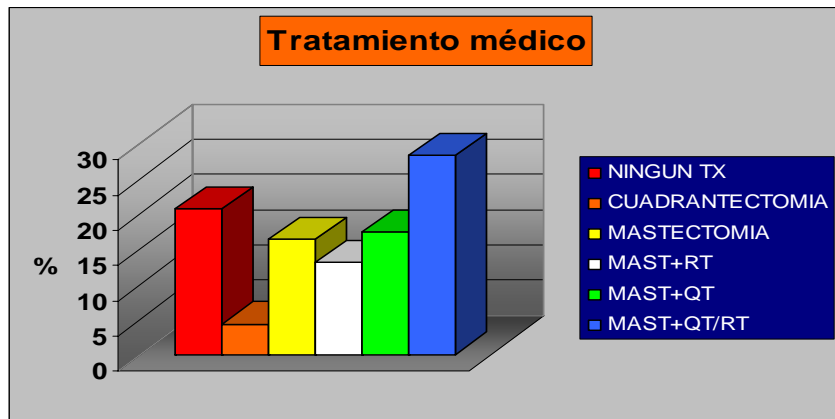


CUADRO 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TRATAMIENTO.

VARIABLE	n=92	n	%
TRATAMIENTO	NINGUN TX	19	20.7
	CUADRANTE CTOMIA	4	4.3
	MASTECTOMIA	15	16.3
	MAST+RT	12	13
	MAST+QT	16	17.4
	MAST+QT/RT	26	28.3

TX= tratamiento, MAST=mastectomía, RT=radioterapia, QT=quimioterapia

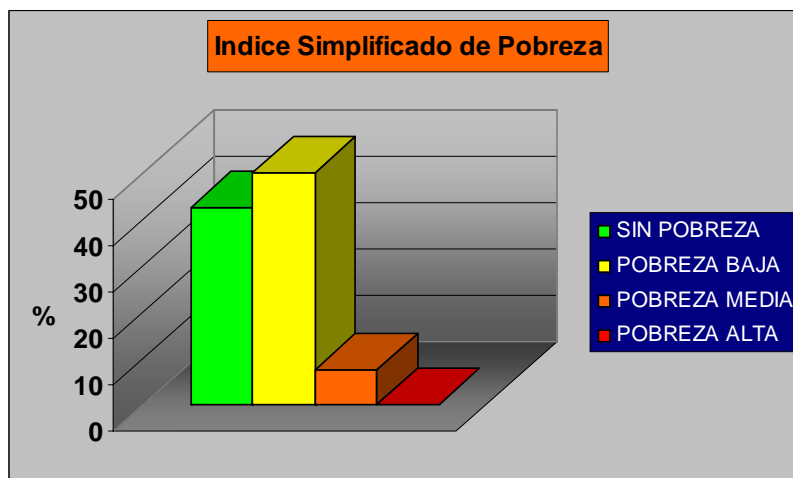
CUADRO 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TRATAMIENTO.



CUADRO 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR NIVEL SOCIOECONOMICO.

VARIABLE	n=92	n	%
INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA	SIN POBREZA	39	42.4
	POBREZA BAJA	46	50
	POBREZA MEDIA	7	7.6
	POBREZA ALTA	0	0

GRAFICA 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR NIVEL SOCIOECONOMICO.



CUADRO 9: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

VARIABLE	n=92	n	%
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	DISFUNCION GRAVE	3	3.3
	DISFUNCION MODERADA	7	7.6
	FUNCIONAL	82	89.1

GRAFICA 9: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

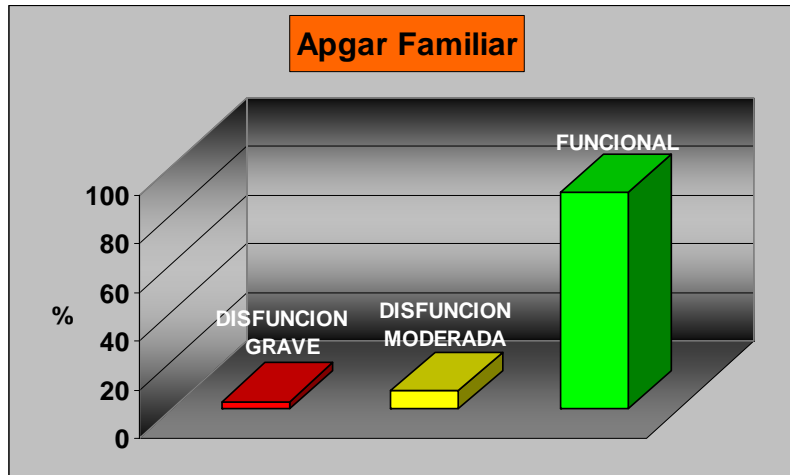


TABLA 10: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL APOYO DE PAREJA.

TIPO DE APOYO	n=54	(%)
POSITIVO	47	87%
NEGATIVO	7	13%
TOTAL	54	100%

GRAFICO 10: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL APOYO DE PAREJA.

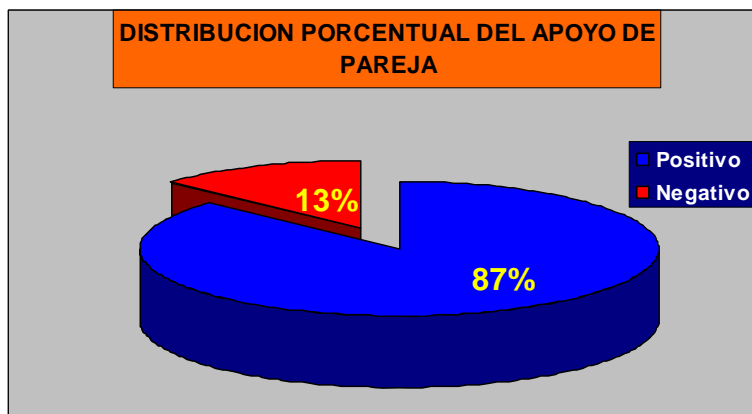


TABLA 11: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD.

Resultado calidad de vida			
VARIABLE		n=92	%
CALIDAD DE VIDA	MALA	45	48.9
	BUENA	47	51.1
Total		92	100

GRAFICA 11: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD.

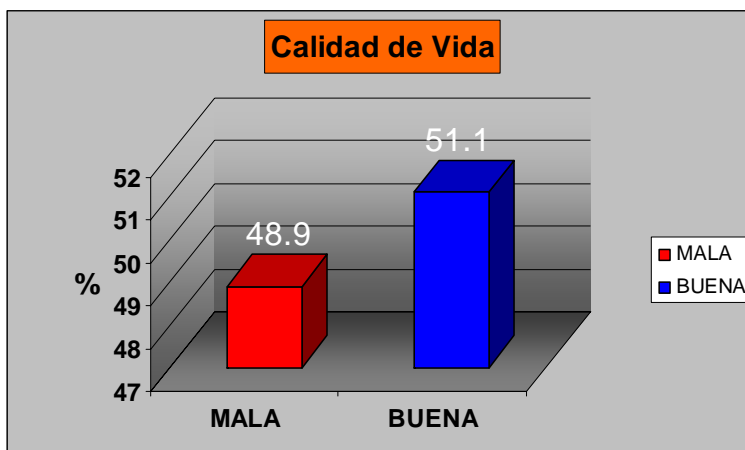


TABLA 12: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD (RESULTADO DEL INSTRUMENTO EORTC QLQ C30).

Tabla de resultados del instrumento EORTC QLQ c-30			
VARIA BLE	N =92	MEDIA	±D S
ESTADO DE SALUD GLOBAL (QL2)		71.4	18.9
ESCALA FUNCIONAL	FUNCIÓN PSICOLÓGICA (PF2)	83.8	20.8
	ROL FUNCIONAL (RF2)	85.1	26.3
	FUNCIÓN EMOCIONAL (EF)	71.3	80.4
	FUNCIÓN COGNITIVA (CF)	80.4	20.9
	FUNCIÓN SOCIAL (SF)	83.3	24.9
ESCALA DE SINTOMAS	FATIGA (FA)	25.1	23.14
	NAUSEAS Y VOMITO (NV)	10.69	18.5
	DOLOR (PA)	21	22
	DISFONIA (DY)	11.5	18.7
	INSOMNIO (SL)	23.5	29.4
	PERDIDA DEL APETITO (AP)	16.6	23.9
	CONSTIPACION (CO)	22.8	28.3
	DIARREA (DI)	7.25	19
DIFICULTADES FINANCIERAS (FI)	21	30.7	

GRAFICA 12: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD (RESULTADO DEL INSTRUMENTO EORTC QLQ C30).

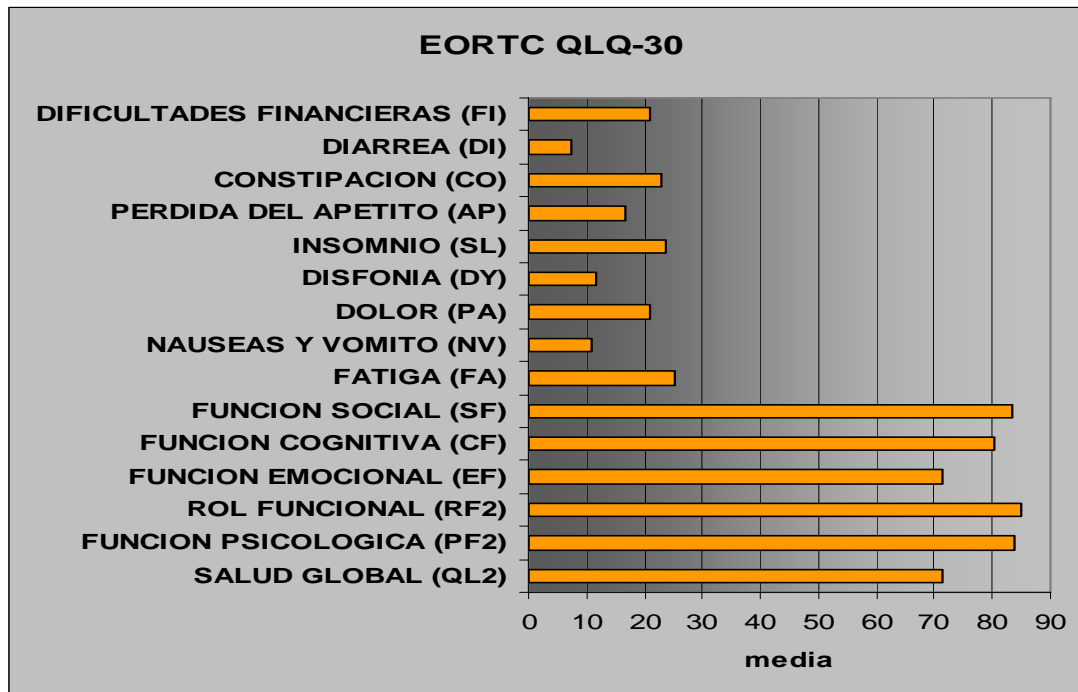


TABLA 13: RESULTADOS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD Y LA RELACION DE PAREJA.

CALIDAD DE VIDA Y PERCEPCION DE LA RELACION DE PAREJA					
	CVRS Buena		CVRS Mala		Total
	n.	%	n.	%	n (%)
CON PAREJA	30	32.6	24	26.1	54 (58.7)
SIN PAREJA	17	18.5	21	22.8	38 (41.3)
Total	47	51.1	45	48.9	92 (100)

GRAFICA 13: RESULTADOS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD Y LA RELACION DE PAREJA.

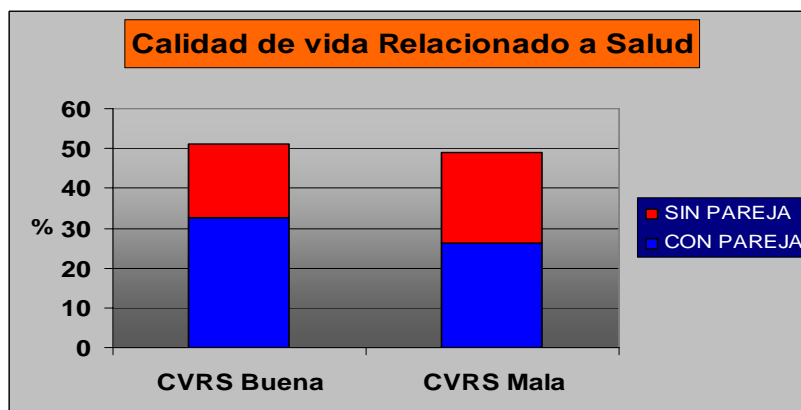


TABLA 14: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA Y TIPO DE APOYO DE PAREJA

Tipo de apoyo	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	n	(%)	n	(%)
Apoyo Positivo	28	30.40%	19	20.70%
Apoyo Negativo	2	2.20%	5	5.40%
Sin pareja	17	18.50%	21	22.80%
Total	47	51.10%	45	48.90%

GRAFICA 14: RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA Y TIPO DE APOYO DE PAREJA

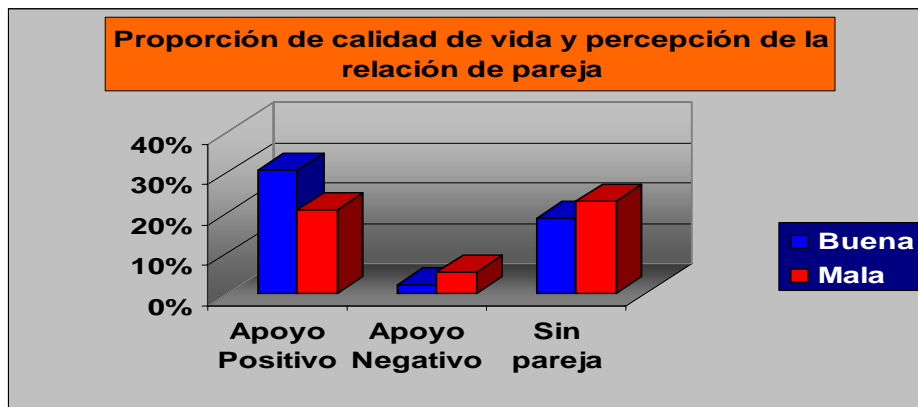


TABLA 15: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A MALA CALIDAD DE VIDA

Variables	Factores de Riesgo				
	CVRS mala	CVRS buena	RP	IC 95%	p
Edad (años)					
>60	16	15	1.135	(0.64-1.99)	0.8
50 a 59	14	14	1.1	(0.60-1.96)	0.9
<50	15	18	1		
Escolaridad					
analfabeta	7	1	2.09	(1.01-2.50)	0.04
elemental	20	21	1.16	(0.69-1.96)	0.6
medio superior	18	25	1		
Ocupación					
desempleada	28	32	0.87	(0.57-1.44)	0.7
empleada	17	15	1		
Nivel socioeconómico					
con pobreza	31	22	1.629	(0.99-2.79)	0.05
sin pobreza	14	25	1		
Estadio clínico					
tardío	23	25	0.95	(0.60-1.52)	1
temprano	22	22	1		
Comorbilidad					
comorbilidad	22	17	1.3	(0.81-2.01)	0.3
sin comorbilidad	23	30	1		

RP= razón de prevalencia, IC=intervalo de confianza, CVRS= calidad de vida relacionado con la salud

TABLA 16: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A MALA CALIDAD DE VIDA

Factores de Riesgo					
Variables	CVRS mala	CVRS buena	RP	IC 95%	p
Pacientes					
sin pareja	21	17	1.24	(0.78-1.92)	0.4
con pareja	24	30	1		
Apoyo de pareja					
negativo	5	2	1.76	(0.68-2.56)	0.2
positivo	19	28	1		
Funcionamiento familiar					
disfuncional	7	3	1.51	(0.72-2.10)	0.2
funcional	38	44	1		

RP= razón de prevalencia, IC=intervalo de confianza, CVRS= calidad de vida relacionado con la salud

TABLA 17 . RESULTADO DE ANÁLISIS MULTIVARIADO.

Variables	RP*	p
Analfabetismo	1.73	0.61
Pobreza	1.13	0.3

*Ajustado por edad

CONCLUSIONES:

Las mujeres con cáncer de mama que fueron incluidas en el estudio refieren una **percepción de la CVRS** como buena con media de 71.4 ± 18.9 de máximo de 100 puntos (EORTC QLQ c-30), referida por un 47 (51.1%), esto llama la atención ya que esperábamos encontrar una percepción de la CVRS menor. Sin embargo este valor no pudo ser comparado con la CVRS en población sana ya que no se cuentan con cifras oficiales. Aunque en el 2005 tenemos una cifra de calidad de vida global en México de 6.766 de 10 puntos. ⁽³³⁾ que es una idea como esta la calidad de vida en el país. Haciendo una comparación con los 71.4 ± 18.9 de máximo de 100 puntos con 6.766 de 10 puntos de la calidad de vida en México es mayor el de la mujer con cáncer de mama. podemos suponer que están ocurriendo un cambio en la percepción de la CVRS en la paciente con cáncer de mama como sucede en la dinámica de la familia, que ante una crisis (como la enfermedad) tienden a ser un apoyo positivo y por ende a mejorar su calidad de vida. Esto lo concluimos por medio del análisis bivariado en donde resulto lo siguiente: En la relación de pareja, el tener un apoyo negativo tuvo 76% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida comparada con la que tenían apoyo positivo. (RP=1.76, IC95% 0.68-2.56; p=0.2). (ver tabla 16). Sin embargo una de las limitaciones del estudio fue el no poder evaluar más la dinámica familiar para poder entender mejor el fenómeno de que tuvieran mejor calidad de vida.

Las mujeres que tuvieron un **apoyo positivo** por sus parejas presentaron mejor calidad de vida de nuestra población estudiada siendo del 30 (32.6%), siendo la misma cantidad de mujeres que refirieron tener pareja y tener buena CVRS de 30 (32.6%); y al realizar el análisis bivariado resultó que también son más las mujeres con Ca Ma que "tienen pareja" con buena CVRS de 30 (32.6%). comparadas a las mujeres que "no tienen pareja" con buena calidad de vida 17 (18.5%).

Además se encontró que las pacientes **sin pareja** presentaron 24% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida comparada con aquellas que si referían tener pareja (RP=1.24, IC95% 0.78-1.92; p=0.4).(ver tabla 16). Esto quiere decir que las redes de apoyo son factores de importancia para tener una mejor calidad de vida y más aún si el apoyo es positivo. Por lo tanto podemos decir que nuestra hipótesis alterna se confirma "Las mujeres con cáncer de mama con apoyo positivo tienen una buena calidad de vida".

Otro fenómeno observado fue el que las mujeres que "tenían pareja" pero con mala calidad de vida 24 (26.1%) no lo reflejaban en el grado de satisfacción familiar que se evaluó a través del **Apgar** de 82 (89.1%) para funcionalidad y 10 (10.9%) con disfuncionalidad familiar, pero si la **disfuncionalidad familiar** presentó un 51% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida comparada con las que tenían funcionalidad familiar. (RP=1.51, IC95% 0.72-2.10; p=0.2). (ver tabla 16). Esto cobra importancia por que podemos modificar o disminuir este factor de riesgo a través de la detección en el consultorio de primer nivel de atención como en los consultorios de alta especialidad. La aplicación del Apgar es un instrumento sencillo de tan solo 5 preguntas y del cual podemos obtener una idea de cómo esta la funcionalidad de la familia y poder referirlo a una atención de terapia familiar. Recordando que se han realizado estudios en donde disminuir un factor de riesgo es suficiente para que se tenga un mejor apego a los medicamentos, los tratamientos o bien para acudir a la consulta sin dificultades.

En cuanto a las otras variables que pudieron ser confusoras encontramos en el análisis bivariado para factores de riesgo asociado a mala CVRS a la escolaridad y al nivel socioeconómico: En **escolaridad** se observó que las mujeres con analfabetismo presentaban dos veces más riesgo (RP=2.09, IC95% 1.01-2.50; p=0.04) de tener mala calidad de vida comparadas con aquellas que tenían un nivel medio superior. Y en cuanto al **nivel socioeconómico** se observó que las mujeres con pobreza presentaban 62% de exceso de riesgo (RP=1.629, IC95% 0.99-2.79; p=0.05) de tener mala calidad de vida comparadas con aquellas sin pobreza. (ver tabla 15) Esto tiene una correlación aún mayor a la CVRS en las pacientes con cáncer de mama y la percepción de la relación de pareja, pues son factores que también se miden en la calidad de vida global de un país. Recordando que la premisa en calidad de vida que: "la calidad de vida global puede determinar la calidad de vida relacionada con la salud y ser al mismo tiempo determinante de la calidad de vida global".

En cuanto a las otras variables encontramos los siguientes fenómenos y esto fue lo que concluimos:

La **edad** fue de una media de 54 años, esto es porque el cáncer de mama se observa más frecuentemente en mayores de 25 años, y fuera de este rango de edad es menos probable o bien poco diagnosticado por dificultades diversas como van desde un espacio físico para explorar como el poder realizarse en el instituto el estudio indicado. Pero lo que realmente nos llamó la atención era que esta variable podía ser la más confusora para el estudio, pues el grado de satisfacción y de perspectivas ante la vida es diferente, sin embargo no encontramos un valor tan significativo en el estudio.

El **estado civil** 51(55%) de las mujeres entrevistadas eran casadas y en un menor porcentaje las divorciadas 2 (2.2%). Sin embargo el estado civil determina en que posición legal se encuentra, no así si tiene una relación con una pareja de la cual puede ser independiente del estado civil. Pero el hecho de que sea casada nos habla de una posible relación de pareja. Un aspecto social que va en aumento es la relación de parejas homosexuales, que durante el estudio no se detectaron, pero que en un futuro podría servir para estudios descriptivos, comparativos y de seguimiento.

La **ocupación** es de predominio ama de casa: el 52 (56.5%) la ocuparon las que se dedican al hogar; esto es por que la mayoría de las mujeres mexicanas continúan con este rol tradicional dentro de la familia. no encontramos una relevancia mayor en el análisis bivariado.

El **estadio** si tiene relación para tener una mejor o peor calidad de vida por los tipos de tratamientos que originan mayor sintomatología afectando inversamente "proporcional" a las funciones social, cognitiva, emocional, funcional y psicológica. Esto se observa en la tabla 3 y el gráfico 3. En el análisis bivariado encontramos que los estadios tardíos (Posteriores al IIb) tienen un factor de riesgo asociado a mala calidad de vida (ver tabla 15) con una RP de 0.95 (IC95% 0.6-1.52) p=1, aunque la p no haya sido significativa tiene una tendencia a que sea factor de riesgo, el aumento de la muestra mayor del doble pudiera mejorar la precisión de RP. Posiblemente en un estudio posterior que sea longitudinal o transversal analítico comparativo, podamos observar de manera adecuada.

Por último una conclusión personal y de la cual subjetiva durante el estudio fue que la mujer acudía a la consulta en su mayor parte sola; las acompañadas por lo general era por una mujer ya sea la madre, la hija o la hermana. Los hombres que llegaban acompañar a las pacientes por lo general era la pareja, pero eran parejas jóvenes. Los hombres no eran aceptados socialmente en la sala de espera por actitudes claras de las pacientes. Este párrafo lo incluyo por que recordemos que de la observación surge los planteamientos del problema y la investigación.

DISCUSIONES

La calidad de vida es un área de estudio que abarca muchas variables de estudio (multidimensional), difíciles de estudiar, entre ellas una que no encontramos información suficiente fue el de apoyo de pareja, motivo por el cual decidimos realizar esta investigación. Aunque desde 1993 se ha buscado mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, no se tenía un instrumento válido para dicho objetivo. El EORTC, QLQ C-30, uno de los más utilizados en pacientes oncológicos (Arrarás, Illaramendi y Valderi, 1995) es el instrumento que aplicamos para evaluar la calidad de vida, sin embargo solo evalúa el aspecto familiar en la pregunta 41, por lo que se decidió incluir los instrumentos validados para familia y pareja que son el APGAR familiar y el inventario de apoyo a la pareja respectivamente.

En otros trabajos como el de Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. ⁽²⁹⁾, se refieren al apoyo familiar o social, no definen específicamente como apoyo de pareja. Sin embargo, ellos encontraron en sus resultados que los pacientes con cáncer perciben mucho apoyo positivo con una media del 50.39 sobre un máximo de 55, estando los marcadores medios de la población general entre el 35.55 (de la Revilla, 1991). En comparación con nuestro estudio de un 87% quienes percibían apoyo positivo con media de 83.3 en el apoyo familiar o social. Por lo que resulta similar encontrado en otros estudios.

El apoyo de pareja puede ser positivo, expresado o negativo, por lo que vimos en el estudio es que: las personas con buena calidad de vida es mayor debido a los dos primeros. La pareja no necesariamente tiene que apoyar de una manera positiva en su totalidad, pero al parecer con el simple hecho de tener pareja ayuda a la percepción de la calidad de vida. ⁽³⁰⁾

Las mujeres de edad avanzada que ya habían completado la mayor parte del ciclo vital (evolutivo) al parecer tenían una mejor percepción de su calidad de vida ante el cáncer de mama. Esto es por que habían desempeñado su maternidad, tenían paridad satisfecha. En cambio las pacientes jóvenes con un estadio de menor grado encontraban que el cáncer de mama las condenaba a morir, o sino a una amputación de su feminidad. Como se observó en otros estudios de cáncer de mama en donde la calidad de vida se veía más afectada por su autoestima en relación con otras enfermedades en donde no era tan evidente la amputación a su figura. ⁽²⁸⁾ Por ello sigue siendo importante este tema, porque al perder su autoconfianza puede acarrear problemas con su pareja al creer que ya no van a ser objeto de cariño.

La crisis en la familia por enfermedad puede resolverse en amalgamiento o dispersión de los miembros de la familia. ⁽³⁵⁾ Si resuelve en amalgamiento puede sentirse más satisfecha con su familia; pero esto puede ser temporal, ya que posterior a la curación o al deceso de la paciente, la tregua (que pudo haber surgido) se rompe y continua con la evolución previa de la familia.

Aunque puede haber otra posibilidad en donde se hace mas fuerte la relación de pareja sin llegar amalgamarse.

El tener una mejor percepción de la calidad de vida ayuda a las pacientes a que se apeguen al tratamiento ⁽³³⁾, mejore su situación emocional (y hasta inmunológica) para poder sobrevivir al cáncer. La pareja ayuda a que esta percepción mejore como se describe en este trabajo.

La estabilidad económica ayuda a que la paciente tenga una mejor calidad de vida, por ello la pareja debe de apoyarla en ese aspecto y en cuanto a ello es aceptable socialmente que el esposo sostenga económicamente a su pareja.

Sin embargo a pesar de la importancia que tiene la pareja en la sociedad ya que son la pieza fundamental de las familias ⁽³⁶⁾, no se atiende al binomio que conforman y no le dan importancia a la parte complementaria de la mujer que es su pareja.

No existen programas para que la pareja sea más participativa, y esperamos que con estos estudios podamos impactar y favorecer a las pacientes con cáncer de mama. Se sugiere que se realice un estudio transversal analítico comparativo de pareja con cáncer de mama.

BIBLIOGRAFIA:

1. Globocan 2008 (IARC) Section of cancer information 2010.
2. Guía técnica del IMSS detección y atención integral del cáncer de mama 2004.
3. American cancer society, Surveillance Research 2009.
4. Oncocito, IMSS, UMAE Hospital de Oncología Epidemiología hospitalaria, No 3 Diciembre 2009.
5. Calidad de vida relacionada con la salud en el niño con enfermedad crónica, L. Gaité, Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León BOL PEDIATR 2008; 48: 337-346
6. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. Esteve M y Roca Journal Medical Clinical (Barcelona) 1997; 108: 458 – 459.
7. Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia. 2ª ed. Kornblit A. España; Gedisa, 1996 p 39-56
8. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Velasco, Ma.; Luna, Ma. Ed. Pax México 2006.
9. Estadios psicológicos de la mujer ante un diagnóstico de cáncer en climaterio, A. Monroy. AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México, 2010.
10. Parejas de pacientes con cáncer de mama. Portal en Internet de apoyo Breast Cancer Network of Strength .2009
11. El cáncer de mama condiciona la relación de pareja. A. Monroy. Salud press, México 2007.
12. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México, Salud Pública Mex 2009; Vol. 51 (2) p 350-360.
13. Quality of life in women with breast and gynecologic cancer, C. Bragado, P. Gómez, Interpsiquis 2008
14. PAC MF, programa de actualización continua en medicina familiar. Colegio mexicano de medicina familiar A.C. ed. Intersistemas. México 1999 Libro 1 pag 56-57
15. Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas. Mc Graw Hill, 4ta ed. México, 1994
16. Medicina Familiar, 1era ed. Anzures R., Chávez V., Pons O. ed. Corinter. México 2008.

17. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 3era ed. Bobes, J., Portilla M., ed. Ars Medica. España 2004.
18. Medicina Familiar, la familia en el proceso salud enfermedad. Huerta J.L. ed Alfil. México 2005.
19. Metodología de investigación en Epidemiología. Rebagliato, M., Ruiz I. ed. Diaz de Santo. Madrid 1996.
20. Ciclo vital de la pareja y la familia. Ernesto J. Rage Atala. Ed Plaza y Valdes México Pag 217-225
21. Epidemiología médica 2da ed. Greenberg R. Daniels S. ed. Manual moderno México 1998 p 167-180
22. Manejo del padecer familiar. Avalos T. ed Corinter México 2009 pag 49-53
23. Familia y sociedad. Sánchez J. ed. Porrúa México 2008pag 45-52
24. La familia, un espacio de encuentro y crecimiento para todos Dulanto, ed ETM, México 2004,p 165- 170
25. Fundamentos de Medicina Familiar 7ma ed. Irigoyen A. ed Medicina familiar mexicana. México 2000,p 145-149
26. Como lograr el bienestar familiar. Rodríguez D. ed Castillo. México 2002 p 227
27. La pareja. Döring M. Ed Fontamara México 2005p 103-108
28. Close relationships and emotional processing predict decreased mortality in women with breast cancer. Weihs K, Enright T. Psychosomatic Medicine 70: 117-124 (2008)
29. Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria; Psicothema, año/vol 13, núm 02; España 2001
30. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Rodríguez M. Guerrero J. Salud pública Méx. v.39 n.1 Cuernavaca feb. 1997
31. Health-Related Quality of Life and Psychosocial Status in Breast Cancer Prognosis: Analysis of Multiple Variables. Goodwin P. Journal of Clinical Oncology vol 22 num 20 Oct 15 2004 Canadá.
32. Calidad de vida: más allá de los hechos. Lora, E. ed. Fondo de cultura económica y el Banco interamericano del desarrollo. México 2008.

33. The Economist Intelligence Units quality of life Index; The World in 2005; The Economist. US 2005.
34. Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. González V. Rev. Enfermería del IMSS vol 17 núm 2 México 2009.
35. Membrillo L.A. Familia Introducción A L Estudio De Sus Elementos. Ed. De Textos Mexicanos. 1ª Edición. México, 2008. Pp. 51-105.
36. Irigoyen Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. Medicina Familiar Mexicana. 1997. 79-200.

ANEXOS

ANEXO I: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
Título: “Calidad de vida y Percepción de la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama”
Proyecto registrado ante el Comité de Investigación en Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, con el número 2010/000/00, que tiene como objetivo.

Objetivo: Comparar la asociación entre el apoyo de la pareja y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Llenar un cuestionario que requieren de mi tiempo para contestarlo. Asimismo, consultarán algunos datos en mi expediente clínico.

Declaro que me han informado ampliamente acerca de los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- El beneficio esperado será proporcionar más conocimiento hacia lo que es el cáncer de mama y la calidad de vida, y de esta forma mejorar algunas medidas terapéuticas contra esta enfermedad.
- El investigador principal se compromete a darme información acerca de los resultados que deriven de la encuesta que pudieran ser ventajosos para el tratamiento de mi enfermedad, y a responder cualquier pregunta, duda y beneficio que le plantee acerca de la encuesta y de mi tratamiento.
- Me ha dado la seguridad de que no se me identificará en presentaciones o publicaciones que deriven del estudio respetando mi privacidad, que será manejada en forma confidencial.
- Se compromete a proporcionarme información actualizada que se obtenga en el estudio, aunque esto pudiera hacerme cambiar de opinión respecto a mi participación.
- Finalmente, entiendo que tengo el derecho de negarme a llenar el cuestionario o a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el IMSS.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre, matrícula y firma del
investigador principal

Testigo

Testigo

ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HG Y UMF No. 8 "SAN ANGEL"

Proyecto de investigación: La asociación entre el apoyo de pareja y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

FOLIO:

Instrucciones: Conteste y marque el recuadro que corresponda a la respuesta correcta

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA	
1.- Nombre _____	FECHA: / /
2.- No. Afiliación _____	
3.- Edad en años al ingreso	_ _
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"/> Bachillerato <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"/> Profesionista <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 juntos?	<input type="checkbox"/> Casi siempre (2) <input type="checkbox"/> Algunas veces (1) <input type="checkbox"/> Casi nunca (0)

CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30 (VERSION 3)

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"/>

DURANTE LA SEMANA PASADA:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	
41.- ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42.- ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43.- ¿Su condición física o su tratamiento médico le han causado dificultades financieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR FAVOR RELLENE EL RECUADRO EN EL NÚMERO DEL 1 AL 7 QUE MEJOR SE APLIQUE A USTED					
44.- Como valoraría en general, su SALUD durante la semana pasada?					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 pesima excelente					
45.- ¿Cómo valoraría, en general, su calidad de vida durante la semana pasada?					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 pesima excelente					
INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA (IAPP)					
MARQUE CON UNA "X" EL NÚMERO QUE MEJOR REPRESENTA LA FORMA COMO SU PAREJA RESPONDE ANTE UNA PROBLEMÁTICA SUYA. POR FAVOR, SEA LO MÁS HONESTO/A POSIBLE, DÉ UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA Y NO DEJE DE CONTESTAR NINGUNA. DE ANTEMANO, GRACIAS.					
	1. Nunca lo hace	2. Rara vez lo hace	3. Algunas veces lo hace	4. Muchas veces lo hace	5. Siempre lo hace
46. Mi pareja con su amistad me brinda apoyo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
47. Ante mis problemas mi pareja se muestra comprensivo (a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
48. Mi pareja escucha mis problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
49. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
50. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
51. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
52. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
53. Mi pareja es solidaria (o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
54. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me evita.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
55. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupan	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
56. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me hacen ver los pros y los contras de aquellos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
57. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
58. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
59. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	1.Nunca lo hace	2.Rara vez lo hace	3.Algunas veces lo hace	4.Muchas veces lo hace	5.Siempre lo hace
60. Mi pareja me apoya dándome amor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
61. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
62. Ante una dificultad, mi pareja me dice que "yo puedo resolver cualquier problema personal"	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
63. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
64. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me juzga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
65. Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
66. Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
67. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me aconsejan	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
68. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
69. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dice que debo hacer y que no	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
70. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
71. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me cree	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
72. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
73. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me acompaña en mi preocupación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
74. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dirige en la solución de aquellos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
75. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me critica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
76. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
77. Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
78. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
79. Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
80. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él es duro (a) conmigo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
81. Mi pareja me respalda en mis decisiones	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
82. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
83. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él rechaza mi opción de solución	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
84. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	1. Nunca lo hace	2. Rara vez lo hace	3. Algunas veces lo hace	4. Muchas veces lo hace	5. Siempre lo hace
85. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
86. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
87. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
88. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
89. Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

EN ESTA SEGUNDA PARTE MARQUE CON UNA "X" EL NÚMERO QUE MEJOR REPRESENTA LA FORMA COMO USTED LE COMUNICA A SU PAREJA SUS CONFLICTOS. POR FAVOR, SEA LO MÁS HONESTO (A) POSIBLE, DÉ UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA Y NO DEJE DE CONTESTAR NINGUNA. GRACIAS.

	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
90. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
91. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
92. Comparto mis problemas con mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
93. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
94. Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
95. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
96. Comunico mis problemas a mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
97. Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
98. Me gusta enterarle a mi pareja de mis problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
99. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
100. A mi pareja le agradezco cuando me escucha	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
101. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
102. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
103. Comparto mis conflictos con mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
104. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
105. Antecedentes de Cáncer en primera línea	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		
106. Padece alguna otra enfermedad?	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> otras	
107. Estadio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	I	IIA	IIB	IIIA
				IIIB	IIIC
					IV
108. Tratamiento:	<input type="checkbox"/> Mastectomía	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Qt/Rt	