



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5
MONTERREY, NUEVO LEÓN.**

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN
UMF No. 6**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

CRISTINA ELIZABETH VALLEJO DE LA GARZA

MONTERREY, NUEVO LEÓN.

SEPTIEMBRE 2013.



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.

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UMF No. 6**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

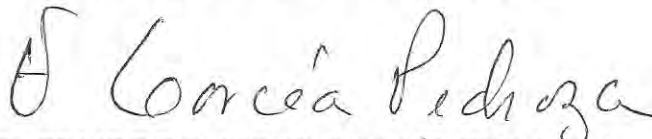
PRESENTA

DRA. CRISTINA ELIZABETH VALLEJO DE LA GARZA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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


**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UMF No. 6**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA


CRISTINA ELIZABETH VALLEJO DE LA GARZA

AUTORIZACIONES


DRA. IRACEMA SIERRA AYALA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No.5. MONTERREY, NUEVO LEÓN


DR. JOSÉ FRANCISCO DÍAZ ESQUIVEL
ASESOR DE TEMA DE TESIS


DR. CÉSAR E. LUNA GURROLA
ASESOR METODOLOGICO


DRA. SUSANA CABALLERO ARTEGA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No.5. MONTERREY, NUEVO LEÓN


DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
AUXILIAR MÉDICO DE LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE PLANEACION Y
ENLACE INSTITUCIONAL

No. REGISTRO
R-2012-1912-29

1. TÍTULO
FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UMF No. 6

INDICE

Título	PAG
1. Marco Teórico	6
1.2 Planteamiento del problema	18
1.3 Justificación	20
1.4 Objetivos	21
1.5 Hipótesis	21
2. Metodología (material y métodos)	
2.1 Tipo de estudio	22
2.2 Diseño del estudio	22
2.3 Población, lugar y tiempo	23
2.4 Muestra	23
2.4.1 Tipo y tamaño	23
2.5 Criterios de selección	23
2.6 Variables de estudio	24
2.7 Instrumentos de recolección	27
2.8 Método de recolección de datos	29
2.9 Procedimientos estadísticos	31
2.9.1 Diseño y construcción de base de datos	31
2.9.2 Análisis estadístico	31
2.10 Cronograma	32
2.11 Fuente de recursos	33
2.12 Aspectos Éticos	33
3. Resultados	34
4. Discusión	39
5. Conclusiones	41
6. Referencias Bibliográficas	42
7. Anexos	45

1. MARCO TEÓRICO

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales. Si se propaga hacia otras partes del cuerpo fenómeno conocido como metástasis puede llegar a causar la muerte.¹

El cáncer de seno (mama) es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer.²

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama, que a nivel mundial representa 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos. Este padecimiento se presenta con más frecuencia en países desarrollados, pero tiene mayor impacto en la población de países de bajos y medios ingresos como México, debido al aumento en la esperanza de vida, la urbanización y cambios en el modo de vida. Para reducir el impacto de esta enfermedad entre la población, la OMS afirma que la detección temprana es una estrategia fundamental para el diagnóstico, tratamiento y control oportuno.³

La Sociedad Americana del Cáncer de Estados Unidos reportó que el riesgo de padecer cáncer de mama invasivo se va incrementando con la edad: un caso nuevo por cada 206 mujeres (desde el nacimiento hasta los 39 años), de una en 27 mujeres (de los 40 años a los 59 años), de una en 29 mujeres (de los 60 a 69 años) y de una en 15 (de los 70 años o más) aumentándose el riesgo global de 12.08 % durante toda la vida (una de cada 8 mujeres).²

Desde hace 7 años, en México, el cáncer de mama constituye, la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad con más de 4,440 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por cien mil mujeres, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el año 2000. Desde esta fecha el grupo de mujeres con mayor tasa de fallecimientos es de 30 a 54 años de edad, sobrepasando el cáncer cervicouterino.^{4,5,6}

En México, durante los últimos cuatro años la incidencia de cáncer de mama para la población masculina de 20 años y más se ha mantenido relativamente estable, pasó de 0.40 en 2007 a 0.70 en 2011. Para las mujeres, la tendencia es igual pero con valores más altos en relación con los hombres, en 2007 se detectaron 22.09 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más, mientras que en 2011 se incrementaron a 23.70. Lo anterior confirma que este tipo de cáncer afecta principalmente a las mujeres; es decir, en 2011 por cada diagnóstico positivo de neoplasia mamaria en hombres hay 24 casos en las mujeres. Durante 2011 afectó a 23.70 de cada 100 mil mujeres de 20 años y más. Considerando que la mortalidad por cáncer mamario es más alta entre las mujeres; por grupo de edad se observa que el número de muertes se incrementa con la edad. Entre las mujeres de 30 a

39 años, la tasa observada de mortalidad para 2011 es de 4.46 por cada 100 mil mujeres de ese grupo de edad, ésta se triplica para la población de 40 a 49 años (14.51 de cada 100 mil), y alcanza 26.71 entre las de 50 a 59 años; la tasa más alta se ubica en la población adulta mayor de 80 años y más (65.53 casos de cada 100 mil mujeres).⁶

Por entidad federativa, con excepción del Distrito Federal (20.66 muertes por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), es la región norte del país donde se concentran las tasas más altas de mortalidad observada, Chihuahua (20.71 mujeres de cada 100 mil de 20 años y más), Coahuila (20) y Baja California Sur (19.08), las que presentan las más elevadas; Nuevo León presenta una tasa de 17.07 muertes por cada 100 mil mujeres de 20 años y más, así como Tamaulipas y San Luis Potosí; en contraparte, las entidades en donde se ubican las tasas más bajas de defunciones por cáncer de mama en mujeres de 20 años y más son Quintana Roo (5.96 fallecimientos), Oaxaca (7.18) y Campeche (8.18).⁶

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, indica que la población de 20 años y más debe realizarse la autoexploración; a partir de los 25 años, una exploración clínica anual por un profesional de la salud (médico o enfermera capacitados); de los 40 a 69 años una mastografía cada dos años; y en las de 70 años y más, mastografías de seguimiento en las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o bien por indicación médica (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2011).⁷

Existe una gran variedad de factores predictivos de riesgo para desarrollar cáncer de mama, dentro de un riesgo alto se incluyen el sexo, la edad, la historia familiar, el haber

padecido cáncer de mama y el antecedente de hiperplasia intraductal o lobular con atipias, con un riesgo intermedio los factores a considerar son las clase socioeconómica, la edad del primer parto, antecedentes de carcinoma ovárico o endometrial, radiación tórax, y por último los factores de riesgo menor son la nuliparidad, el sitio de residencia, la raza, la menarquía temprana o precoz, la menopausia tardía el antecedente de terapia hormonal de reemplazo y las alteraciones específicas de ciertos genes (BRCA1, BRCA2), que se estiman que no llegar a un 10 % de todos los cánceres de mama.^{8,9}

Después de que se diagnostica el cáncer de mama, se realizan pruebas para determinar si las células cancerosas se diseminaron dentro de esta o hasta otras partes del cuerpo.

El proceso que se usa para determinar si el cáncer se diseminó dentro de la mama o hasta otras partes del cuerpo se llama estadificación. La información que se obtiene en el proceso de estadificación determina el estadio de la enfermedad. Es importante conocer el estadio a fin de planificar el tratamiento.

Estadio 0 (carcinoma in situ): Hay tres tipos de carcinoma de mama in situ: Carcinoma ductal in situ (CDIS): hay células anormales en el revestimiento de los conductos de la mama. Carcinoma lobulillar in situ (CLIS): células anormales en los lobulillos de las mamas y la enfermedad de Paget del pezón: afección solo en el pezón.

Estadio I: se divide en los estadios IA y IB. En el estadio IA: el tumor mide 2cm o menos, En el estadio IB se encuentran pequeños racimos de células de cáncer de mama (>0.2milímetros,pero<de2milímetros) en ganglios linfáticos.

Estadio II: se divide en estadio IIA y IIB. En el estadio IIA: no se encuentra tumor en la mama, ó el tumor mide 2 cm o menos, uno a tres ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón ó mide más de 2 cm pero no más de 5 cm sin afección a ganglios linfáticos.

Estadio IIB: mide más de 2cm, pero no más de 5cm con ganglios linfáticos afectados (>

de 0.2 milímetros pero <de 2 milímetros) ó mide más de 2cm, pero menos de 5 cm con afección de uno a tres ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón ó mide más de 5 cm sin diseminación hacia ganglios linfáticos.

Estadio III: se divide en estadio IIIA , III B y IIIC. En el estadio IIIA: No se encuentra tumor en la mama o el tumor puede ser de cualquier tamaño. Se encuentra cáncer en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón ó el tumor mide más de 5cm en ganglios linfáticos ó mide más de 5 cm con diseminación de uno a tres ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón. En el estadio IIIB, el tumor puede tener cualquier tamaño y el cáncer se diseminó hasta a la pared torácica o la piel de la mama y produjo inflamación o úlcera. En el estadio IIIC no se encuentra tumor en la mama o el tumor tiene cualquier tamaño se diseminó a 10 o más ganglios linfáticos axilares o por encima o debajo de la clavícula o cerca del esternón o se diseminó hasta la piel de la mama puede ser cáncer de mama inflamatorio.

Estadio IV: el cáncer se diseminó hasta otros órganos del cuerpo con mayor frecuencia hacia hueso, pulmones, hígado o el cerebro. ¹⁰

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica como el cáncer de mama, las personas pasan por un periodo de crisis caracterizada por desequilibrios físico, social y psicológico, en el que se experimentan sensaciones de incredulidad, ansiedad, miedo, desorganización, baja autoestima, culpa, depresión entre otros síntomas. El diagnóstico de cáncer constituye un impacto emocional y una crisis debido a que la persona se confronta con su propia mortalidad y se considera que la vida está más limitada en tiempo. Sobreviene una sorpresa generalmente de carácter catastrófico debido a que las expectativas del futuro de la persona se desmoronan, sus proyectos pierden sentido al

conocer el diagnóstico ya que con mucha frecuencia la palabra cáncer se identifica con palabras como muerte e incapacidad, provocando un estado de crisis.^{11,12}

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo en la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe en su entorno, mientras que el equilibrio en esta función de la familia se puede alterar por determinadas circunstancias y afectar a la salud de alguno o cada uno de sus integrantes. La familia a su vez se compone de subsistemas, en la cual se encuentra el subsistema conyugal (padre y madre), en la que la relación de pareja tiene gran importancia para todo el grupo familiar, siendo así el subsistema conyugal otra base importante para la conservación del bienestar entre sus miembros.^{13,}

La OMS define a la familia como una unidad bio-psicosocial integrada por un núcleo variable de persona ligadas por vínculos de consanguineidad (parentesco), matrimonio y /o pareja estable que viven en un mismo hogar. Los médicos de familia concebimos a la Familia como un sistema abierto en constante interacción con el exterior, la sociedad en la que está también inserta.¹⁴

Las pacientes en cada etapa de cáncer de mama puede ser influenciada por una amplia gama de factores tales como la gravedad de la enfermedad, la presencia de efectos secundarios del tratamiento, tipo de cirugía, el ciclo de paso vital que es la mujer, sus recursos personales para hacer frente a la enfermedad, entre muchos otros. Uno de los

factores más influyentes en este proceso de adaptación parece ser la existencia de relaciones interpersonales significativas. Varios estudios han demostrado que las estrechas relaciones interpersonales y, en particular, la relación con la pareja juega un papel importante en la forma en que el individuo se adapta, en cualquier caso, o perturba la vida, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad como el cáncer de mama.¹⁵

El equilibrio de la familia como eje fundamental de la sociedad son los padres, quienes conforman el subsistema conyugal, el cual se constituye cuando dos adultos de sexo diferentes se unen con la intención de construir una familia, la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunta la acción del otro en muchas áreas, ceden parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

Para muchas mujeres, el proceso de adaptación que la enfermedad se desarrolla en el contexto de la relación matrimonial la conceptualización de la pareja como un sistema interdependiente asume que los niveles de angustia de una pareja pueden afectar los niveles de angustia en el otro. Varios estudios indican que la mayoría de los pacientes con cáncer de mama no reportan un descenso en la calidad de su relación marital, sólo una pequeña proporción de pacientes experimenta dificultades en la relación o incluso ruptura matrimonial después del diagnóstico de cáncer. De hecho, las investigaciones han demostrado que muchas parejas, después de que la enfermedad se les ha diagnosticado, perciben una mejoría en su relación a lo largo de varias áreas, reportando cambios positivos y el crecimiento de su relación después de esta experiencia. La primera persona que una mujer con cáncer de mama se vuelve en busca de apoyo es su esposo o pareja. Sin embargo, como las parejas de pacientes con

cáncer de mama están luchando con su angustia emocional, que a menudo se sienten inadecuados acerca de su capacidad para ayudar a sus esposas y parejas a sobrellevar. ¹⁶

Un estudio realizado en Portugal, 2009, reportó que las mujeres recientemente diagnosticadas con cáncer de mama presentan una mejor calidad de vida social y una mejor intimidad conyugal en el concepto de comunicación. Entre los sobrevivientes de cáncer de mama, la aceptación a nivel personal fue un predictor psicológico significativo de una mejor calidad de vida. En general, una relación íntima, que se caracteriza por la aceptación, la comprensión y la participación abierta de las emociones, sentimientos y preocupaciones, así como por la apertura de la pareja hacia el exterior, parece promover una mejor calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. ¹⁵

Otro estudio realizado en Cuba en el 2010, el resultado obtenido indica que el estar casada puede funcionar como un factor positivo para la autovaloración adecuada de la salud al aportar seguridad, ayuda y protección aunque existen áreas de conflicto que pudieran generar estados de ansiedad. Se concluye que las personas aprenden a adaptarse y a quererse con sus mutilaciones y pérdidas sobre todo si reciben la ayuda adecuada de su pareja, del terapeuta y de sus redes de apoyo. ¹⁷

A pesar de haber suficiente literatura que hace referencia, del apoyo conyugal para mejorar la situación de las pacientes con cáncer de mama, un estudio realizado en México evaluó el apoyo conyugal de las pacientes mastectomizadas en una Unidad de Medicina Familiar en Tepic, Nayarit, reportó que el apoyo conyugal se ve afectado de manera desfavorable para la paciente mastectomizadas. ¹⁸

La pareja debe hacer un trabajo doble el aceptar el nuevo cuerpo de su mujer y de reconocer los pensamientos de culpa o de rechazo que esto puede despertar en él. Una

vez que la paciente esta avanzada en su tratamiento, la falta de apoyo, de energía o dolor, modifica su relación como pareja. Es importante conocer la perspectiva que tiene la paciente hacia su pareja y es de interés en este estudio, valorar la función del subsistema conyugal en este grupo de pacientes, ya que el apoyo que puede brindarle a su pareja se puede convertir en un factor importante de calidad de vida y mejora el pronóstico de las pacientes, ante tratamientos oncológicos. Chávez- Aguilar propuso un instrumento para evaluar la funcionalidad conyugal y se ha aplicado desde 1994 en IMSS donde se exploraran las principales funciones proponiendo criterios cuantitativos, valorando la comunicación, la adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, dichas funciones deberán de cumplirse para garantizar el funcionamiento adecuado de la pareja, o para evitar su desintegración, sin embargo son elementos importantes con los que el individuo califica del otro, el grado de satisfacción que él o ella otorga y le es otorgado durante la convivencia en pareja. ^{13,19, 20.}

Entre las reacciones más frecuentes destacan las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva: como disforia, anhedonia, trastorno del sueño, cambios apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa e ideación suicida. En sentido psicológico el cáncer de mama en particular tiene una naturaleza insidiosa porque agrede a un órgano íntimamente asociado con la autoestima, la sexualidad y la femineidad. ²¹

De acuerdo con la OMS todas las personas con alguna enfermedad física, sobre todo aquellas que llevan un trascurso crónico y degenerativo resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas de salud mental. Diversos estudios informan sobre la presencia de depresión y ansiedad, en pacientes con enfermedades físicas incluyendo el

cáncer. Todo el proceso que pasa la paciente con cáncer de mama desde sus condiciones metabólicas o endócrinas relacionadas con los tratamientos quimioterapéuticos, la disminución de la funcionalidad del sistema inmune, el dolor, el impacto emocional del diagnóstico, el cuestionamiento de su feminidad, la llevan a presentar en algún momento de la enfermedad alguno de estos trastornos psiquiátricos.²² Muchas mujeres experimentan angustia tras el diagnóstico de cáncer de mama y un grupo de estas mujeres sufren una depresión clínicamente significativa. La prevalencia estimada de trastorno depresivo mayor en mujeres es del 3.5-7%. En comparación el índice de depresión en mujeres con cáncer de mama se estima que es del 10 al 25 % dependiendo del método de evaluación. Los índices son más altos en el primer año tras el diagnóstico, especialmente en las mujeres jóvenes y en las tratadas con quimioterapia.²³

En un estudio realizado en el Servicio de Radioterapia de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del IMSS, Cd. de México en el 2011 para evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en 203 mujeres mexicanas con cáncer de mama, se concluyó que un 27% presentaban ansiedad y un 28% presentaban depresión y éstas últimas tenían mayores efectos secundarios, debidos a los tratamientos oncológicos, en comparación con las que no tenían depresión.²⁴

Robles, Morales, Jiménez, Morales (2009), determinan la relación del perfil de afectividad y soporte social con la presencia y severidad de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama. 235 pacientes completaron medidas de depresión, ansiedad, afectividad y soporte social. Concluyen que en congruencia con estudios previos que evalúan otro tipo de poblaciones, un bajo puntaje de afectividad positiva y una alta afectividad negativa explican la comorbilidad de depresión y ansiedad. Además, se suma evidencia a la

reportada relación entre estas entidades clínicas y el grado de apoyo social con que cuenta una paciente.²²

Un estudio realizado en la Universidad de Arizona, Tx. 2010, Reveló un patrón de influencia por el que la interacción de altos niveles de depresión junto con altos niveles de estrés en mujeres con cáncer de mama se asoció con la salud física rebajado y el bienestar en sus parejas. Aunque la depresión parece ser el mecanismo fundamental para predecir los resultados angustiantes, cuando la depresión se combina con cualquier tensión adicional, el nivel de malestar físico fue significativamente mayor. Resultados proporcionaron apoyo empírico preliminar de los efectos cruzados en el bienestar físico de sus parejas relacionales cercanos en un contexto relacionado con el cáncer. Además, los resultados mostraron que los resultados angustiantes no tienen por qué limitarse a la angustia emocional, pero también pueden incluir malestar físico. Los resultados de este estudio ilustran por qué no es suficiente para concentrar la atención únicamente en el paciente con cáncer, extender la gama de servicios hacia sus parejas.²⁵

Independientemente de los métodos, del tipo de investigación, de los procedimientos o instrumentos utilizados, las características socio-demográficas, estas investigaciones muestran la relación que existe entre el cáncer de mama y los trastornos relacionados con la salud mental.

En el presente estudio se realizó una encuesta a las pacientes detectadas con cáncer de mama aplicándoles la escala de valoración de Hamilton es una escala heteroaplicada, diseñada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorara los cambios del paciente deprimido tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Generalmente cuando se le detecta cáncer de mama a una paciente se le trata de brindar una atención integral canalizándola a los diferentes departamentos brindándole atención psicología pero se olvida que su pareja también puede cursar con grados de depresión, de rechazo o no aceptación ante tal diagnóstico. El cáncer de mama afecta no solo al subsistemas conyugal sino también al sistema familiar y la respuesta de la familia puede dañar su desarrollo y calidad de vida por un corto , mediano y largo plazo afectando el nivel estructural, económico y dinámico del núcleo familiar.

La finalidad del presente estudio es fomentar los recursos psicológicos los cuales pueden hacer uso dentro del sistema familiar para logra un favorable afrontamiento de la enfermedad de tal forma que los integrantes de la familia asertivamente logren distribuir los roles y las nuevos tareas que trae consigo el hecho de tener un enfermo crónico dentro del sistema familiar y evitar el desgaste físico y/o emocional de un solo integrante.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace 7 años, en México, el cáncer de mama constituye, la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad con más de 4,440 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por cien mil mujeres, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el año 2000. Desde esta fecha el grupo de mujeres con mayor tasa de fallecimientos es de 30 a 54 años de edad, sobrepasando el cáncer cervico-uterino En el 2008 Nuevo León se ubico en el sexto sitio como causa de muerte, afectando al mismo grupo de edad.

Siendo la mujer integrante fundamental de la familia y desde el punto de vista de la familia como sistema, el hecho de enfrentarse a una diagnóstico de cáncer de mama afectará no solo su integridad física, sino además el subsistema conyugal y el sistema familiar, por lo que es de llamar la atención que aun desconocemos en qué medida la se ve afectada su vida en pareja y más aún no se ha evaluado su sentir, su estado anímico para enfrentar esta crisis.

La Salud Pública en México amplió y aumentó la normatividad y legislación relativa al control del cáncer de mama a través de la Norma Oficial Mexicana. Se establecieron criterios más rigurosos para vigilar los servicios de salud públicos y privados en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de la enfermedad. Para promover la detección temprana, mayor énfasis en la autoexploración, el examen clínico y la mamografía. Pero no hay una difusión activa y progresiva, por el apoyo de las pacientes una vez detectadas con cáncer de mama donde tenga participación activa familiares, en

este caso su pareja, y como se ha mencionada en párrafos anteriores el contar con este apoyo brinda seguridad, confianza y protección en la paciente con cáncer de mama.

Por tal motivo se hace la siguiente pregunta.

¿Cuál es el grado de funcionalidad del subsistema conyugal y depresión en las pacientes con cáncer de mama?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es uno de los principales problemas en Salud Pública en el mundo, constituye la primera causa de mortalidad a nivel mundial entre las mujeres de 25 años o más. De esta manera un gran número de familias se ven afectadas como consecuencia de este diagnóstico en un miembro base de su estructura.

En el HGZ / MF No. 6 no se cuenta con estudios que aborden el tema de depresión y funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama, por lo que consideramos importante realizar esta investigación. A pesar de que se cuentan con cursos de autoayuda para pacientes con cáncer de mama, no se han realizado investigaciones donde se integre la información sobre depresión y funcionalidad conyugal.

Al realizar este estudio beneficiará a las pacientes y su familia, ya que se podrán implementar estrategias de educación encaminadas a facilitar el ajuste del sistema; de tal forma que los integrantes de la familia logren distribuir los roles y las nuevas tareas con la utilización de sus propios recursos, además de otorgar el apoyo emocional así como tratamiento farmacológico y no farmacológico que se requiera con derivación oportuna a los servicios de psicología o psiquiatría e inclusive la integración de grupos de autoayuda.

Es necesario conocer la funcionalidad del subsistema conyugal y depresión, ante el diagnóstico de cáncer de mama, la manera en que la pareja responden ante esta situación, el grado de apoyo que la paciente percibe de él, la comunicación, el cambio de roles y el afecto externado hacia la pareja, esto influye significativamente en la respuesta al tratamiento, en la calidad de vida de la paciente y en la de su propia familia.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Determinar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal y depresión de las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 de enero a diciembre del 2011.

Objetivos Específicos:

- Evaluar el grado de depresión en pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama detectadas en la UMF 6 de enero a diciembre del 2011.
- Determinar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal de mujeres con el diagnóstico de cáncer de mama.
- Identificar el estadio clínico de evolución.
- Identificar las características socio demográficas (edad, estado civil, escolaridad, ocupación), en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser un estudio observacional no se requiere.

2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo.

2.2 Diseño del estudio

1.- Censo de las pacientes con
cáncer de mama del HGZ / MF 6

2.- Búsqueda de pacientes mujeres
con cáncer de mama: consulta

3.- Consentimiento informado:
-Mayores de 25 años
-Cáncer de mama

4.- Aplicación de la encuesta

5.- Diseño de base de datos (Excel)

6.- Análisis Estadístico

7.- Resultados

8.- Canalización de las
pacientes con depresión y
disfunción conyugal

2.3 Población, lugar y tiempo de estudio.

Se aplicó un instrumento tipo encuesta a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de la unidad de medicina familiar No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Nicolás de los Garza, Nuevo León, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2011.

2.4 Tipo de muestra y tamaño.

Se realizó un censo de las pacientes detectadas con cáncer de mama por medio de la mamografía, encontrándose a 56 pacientes detectadas con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 del IMSS.

2.5 Criterios de selección.

a) Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de enero a diciembre del 2011.
- Derechohabientes de la UMF 6 del IMSS, y mayores de 25 años.
- Pacientes con pareja
- Pacientes que deseen participar en el estudio, expresando su decisión mediante la firma del consentimiento informado.

a) Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan un padecimiento crónico psiquiátrico o con diagnóstico previo de depresión.
- Menores de 25 años.

b) Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

2.6 VARIABLES DE ESTUDIO

Variables del estudio				
Variable dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Funcionalidad del subsistema conyugal	Se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.	Instrumento de Evaluación del subsistema conyugal	Ordinal. Función de comunicación (3 ítems), función de adjudicación de asunción de roles (3 ítems), función de satisfacción sexual (2 ítems), función de afecto (4 ítems), función de toma de decisiones (1 ítem). A cada ítem se le da un valor: 0=nunca, 2.5 o 5 = ocasional, 1.5, 5 o 10=siempre, según la función a evaluar. Se califica cada función, se suma y se le da un valor: 0 a 40: Pareja severamente disfuncional 41 a 70: Pareja con disfunción moderada 71 a 100: Pareja funcional	Cuestionario de Chávez – Aguilar.
Depresión	Es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predomina los síntomas afectivos(tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e	Paciente que cumpla con los criterios de depresión, según la DSM IV, utilizando la escala de Hamilton para hacer el diagnóstico.	ordinal 0-7 no depresiva 8-13 ligeramente 14-18 moderada 19-22 severa >23 muy severa.	Escala de Hamilton

	impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque, en mayor o menor grado también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o somático haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (DSM IV).			
Variables independientes				
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Esta variable se operacionalizó en años cumplidos, consignada en el expediente clínico o a través del agregado del NSS.	De Razón (cuantitativa discreta)	Cuestionario NSS Expediente electrónico.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente. Periodo de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios	Esta variable se operacionalizó en Grado de estudios mencionado por el paciente en el cuestionario.	Nominal -Sin estudios -Primaria -Secundaria -Preparatoria -C. Técnica -Licenciatura -Posgrado	Cuestionario
Ocupación	Actividad y efecto de ocupar; actividad o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. Trabajo u	Esta variable se operacionalizó en relación a las actividades realizadas.	Nominal -Labores del Hogar -Empleada -Comerciante -Jubilada -Profesionista -Otra	Cuestionario

	oficio que desempeña una persona			
Estado civil	Condición de una persona en relación con los derechos y deberes civiles	Por respuesta al interrogatorio o al cuestionario	Nominal -Soltera -Casada -Unión libre -Divorciada -Viuda	Cuestionario
Estadio	Es la extensión del cáncer en el cuerpo de la paciente	Por respuesta al interrogatorio o al cuestionario, o revisión de expediente electrónico	Ordinal -Estadio 0: hay células anormales en el revestimiento de los conductos de la mama y/o pezón. -Estadio I: el tumor mide 2cm o menos. -Estadio IIA: el tumor mide 2 cm o menos, uno a tres ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón ó >2 cm pero < 5 cm sin afección a ganglios linfáticos. -Estadio IIB: más de 2cm, pero no más de 5cm con o sin ganglios linfáticos afectados -Estadio IIIA: el tumor mide más de 5cm en ganglios linfáticos ó mide más de 5 cm con diseminación de uno a tres ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón.	Expediente electrónico o cuestionario.

			-Estadio IIIB: mide más de 2cm, pero no más de 5cm con ganglios linfáticos afectados. -Estadio IIIC: el tumor tiene cualquier tamaño se disemina a 10 o más ganglios linfáticos axilares o por encima o debajo de la clavícula o cerca del esternón o se disemina hasta la piel de la mama puede ser cáncer de mama inflamatorio -Estadio IV: el cáncer se diseminó hasta otros órganos	
--	--	--	---	--

2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Instrumento de medición del subsistema conyugal.

Desde 1994 Chávez-Aguilar propuso un instrumento donde se analizan los factores que interviene en la elección de pareja así como algunos psicodinamismos de interacción, describe las funciones principales que deben desarrollar los cónyuges para lograr una relación funcional, propone criterios cuantitativos para clasificar las disfunciones conyugales.

Aborda las principales funciones del subsistema conyugal: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones,

consta de 13 ítems cada uno con un valor nominal diferente, al final se realiza una sumatoria y se clasifica.

De acuerdo a la Clasificación que Chávez-Aguilar propuso:

0 - 40 Pareja severamente disfuncional

41 – 70 Pareja con disfunción moderada

71 – 100 Pareja funcional.

- Escala de Hamilton

La confiabilidad de la escala de Hamilton es un estudio validado internacionalmente y posee una buena consistencia interna, alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92 según estudio. El coeficiente de correlación intraclase es de 0.92. la fiabilidad interobservador oscila según autores entre 0.65 y 0.9. su validez oscila entre 0.8 y 0.9 en correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg.

La versión que se utilizará en este estudio consta de 17 ítems, la cual es recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

Es una escala heteroaplicada y se utiliza tanto en paciente hospitalizados como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Y los puntos de corte son:

No deprimido: 0 - 7

Depresión ligera / menor: 8 -13

Depresión moderada: 14 – 18

Depresión severa: 19 – 22

Depresión muy severa: mayor de 23.

2.8 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Se les aplico un cuestionario dividió en tres partes: la primera parte contiene datos demográficos: edad, escolaridad, estado civil.

Y dos cuestionarios el primero para evaluar la funcionalidad conyugal:

Aborda las principales funciones del subsistema conyugal: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, consta de 13 ítems cada uno con un valor nominal diferente, al final se realiza una sumatoria y se clasifica.

De acuerdo a la Clasificación que Chávez-Aguilar propuso:

0 - 40 Pareja severamente disfuncional

41 – 70 Pareja con disfunción moderada

71 – 100 Pareja funcional.

Por último evaluar el grado de depresión: utilizando la Escala de Hamilton.

La confiabilidad de la escala de Hamilton es un estudio validado internacionalmente y posee una buena consistencia interna, alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92 según estudio. El coeficiente de correlación intraclase es de 0.92. la fiabilidad interobservador oscila según autores entre 0.65 y 0.9. su validez oscila entre 0.8 y 0.9 en correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg.

La versión que se utilizará en este estudio consta de 17 ítems, la cual es recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

Es una escala heteroaplicada y se utiliza tanto en paciente hospitalizados como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Y los puntos de corte son:

No deprimido: 0 - 7

Depresión ligera / menor: 8 -13

Depresión moderada: 14 – 18

Depresión severa: 19 – 22

Depresión muy severa: mayor de 23.

1. Se inició localizando los censos de las pacientes con cáncer de Mama para conocer el tamaño de la población a estudiar y para calcular el tamaño de la muestra a encuestar.
2. Al conocer el tamaño de la muestra se procedió a la búsqueda de paciente con edad mayor de 25 años y con diagnóstico de cáncer de Mama en el HGZ / MF 6 que asistan a la consulta.
3. A toda paciente que se localice, se le planteará el motivo de la entrevista y se le preguntó si acepta participar en el estudio.
4. Al aceptar la paciente, firmará el consentimiento informado (anexo 2)
5. Se procedió a la aplicación del cuestionario (anexo 1). El cuestionario que se aplicó consta de dos páginas estructuradas en 3 partes:
 - la primera fue para recolectar los datos identificación de la paciente.
 - la segunda parte; para determinar el grado de funcionalidad conyugal
 - y por último se determinó el grado de depresión que tiene la paciente
6. Cada vez que se recibía un cuestionario terminado correspondiente a

una paciente se revisó si falta algún dato, si así sucedió se le ayudó a la paciente.

7. Los cuestionarios se capturaron en una base de datos diseñada en EXCEL.
8. La base de datos fue analizada por un profesional de la Estadística, quién proporcionó los resultados del análisis estadísticos, descriptivo, e inferencial.
9. Finalmente, se contactó a las pacientes que presentaron depresión y/o disfunción conyugal, para canalizarlas a que reciban asesoría, terapia y/o tratamiento.

2.9 PROCEDIMIENTOS ESTADISITCOS

2.9.1 DISEÑO Y CONSTRUCCION DE BASE DE DATOS

2.9.2 ANALISIS ESTADISTICO

Los resultados obtenidos se recabarán en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtendrán, de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales, tales como las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (varianza, desviación estándar y coeficiente de variación) y medidas de posición (cuartiles, quintiles y deciles) en el caso de las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

2.10 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Año 2012						Año 2013									
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Elaboración de protocolo	x	x														
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación		X	X													
Autorización			X													
Prueba piloto			X													
Recolección de información			X	X												
Captura de datos					X	X	X									
Análisis de datos								X	X							
Descripción y discusión										X	X	X				
Conclusiones Reporte final													XX	XX		
Redacción de artículo científico															XX	
Impresión del trabajo																XX

2.11 FUENTE DE RECURSOS

- Escala Hamilton para Depresión
- Cuestionario para evaluación del subsistema Conyugal.
- Computadora
- Hojas de maquina papel Bond.
- Lápiz y pluma

2.12 ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se realiza conforme a la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos. (Secretaría de Salud 1987).¹²

Los datos de los participantes fueron usados por el grupo investigador solamente para fines de la investigación.

Se contó con el dictamen de la comisión de la investigación de la institución participante.

De acuerdo al título segundo Cap.I, la investigación se realizó respetando los derechos humanos de los participantes con la confiabilidad de sus respuestas y la libertad de su participación.

Art.17 Frac.I Se considera una investigación sin riesgo, ya que no se utilizó intervenciones, sólo se aplicó un instrumento de medición, el cual no interviene en su calificación académica.

Además, se aplicó una Carta de Consentimiento informado al paciente.

3 RESULTADOS:

Se entrevistaron a 56 pacientes registradas en el censo de las pacientes con cáncer de mama de la unidad de medicina familiar número 6, durante el año 2011, de las cuales se excluyeron a 6 pacientes viudas, una soltera sin pareja actualmente y 4 en tratamiento previo para depresión. Donde N= es de 45 pacientes, la media para la edad fue de 51.56, la mediana fue de 52 la moda de 50 y la desviación típica de 8.7. (ver tabla 1)

Los datos socio-demográficos que se obtuvieron se observó que la mayoría de ellas tenían como grado máximo de escolaridad primaria terminada con un 26.7% (12 casos), y un menor porcentaje con un 17.8 %, (8casos) son profesionistas. (tabla 2)

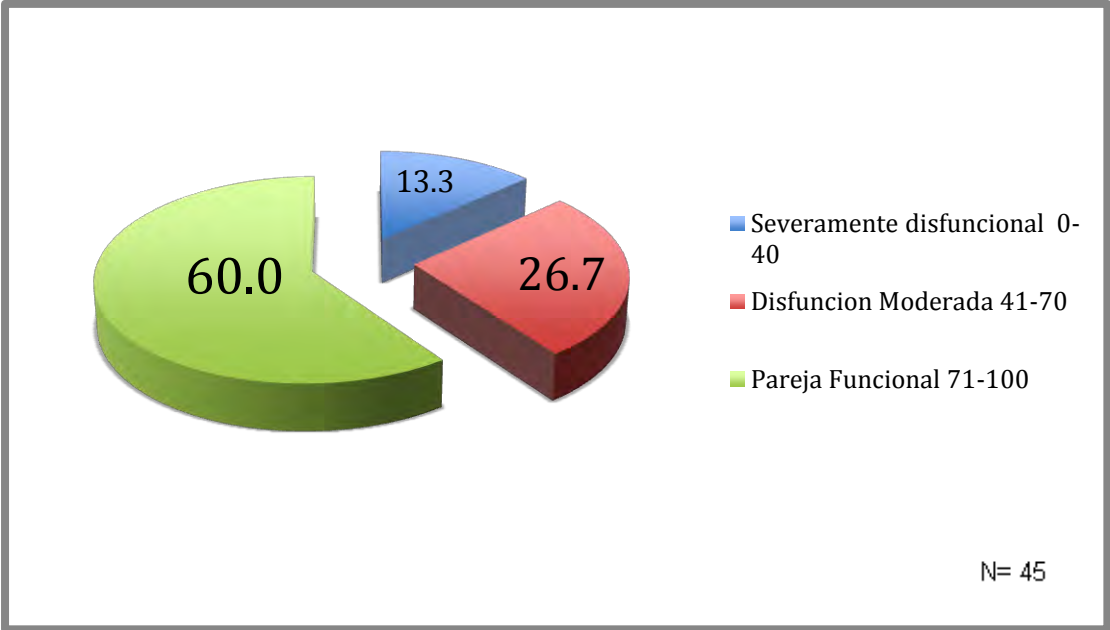
TABLA 2. DATOS DEMOGRÁFICOS

Variable		Numero	Porcentaje (%)
Escolaridad	Primaria	12	26.7
	Secundaria	10	22.2
	Carrera Técnica	9	20
	Profesionistas	8	17.8
Ocupación	Hogar	26	57.8
	Empleada	17	37.8
	Comerciante	2	4.4
Estado Civil	Casadas	43	95.6
	Divorciada	1	2.2
	Unión libre	1	2.2
N= 45 \pm 8.7			

Para evaluar la funcionalidad conyugal se aplicó el instrumento del subsistema conyugal de Chávez-Aguilar, donde se exploró las principales funciones, proponiendo criterios cuantitativos, valorando la comunicación, la adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, dichas funciones deberán de cumplirse para garantizar el funcionamiento adecuado de la pareja, o para evitar su desintegración.

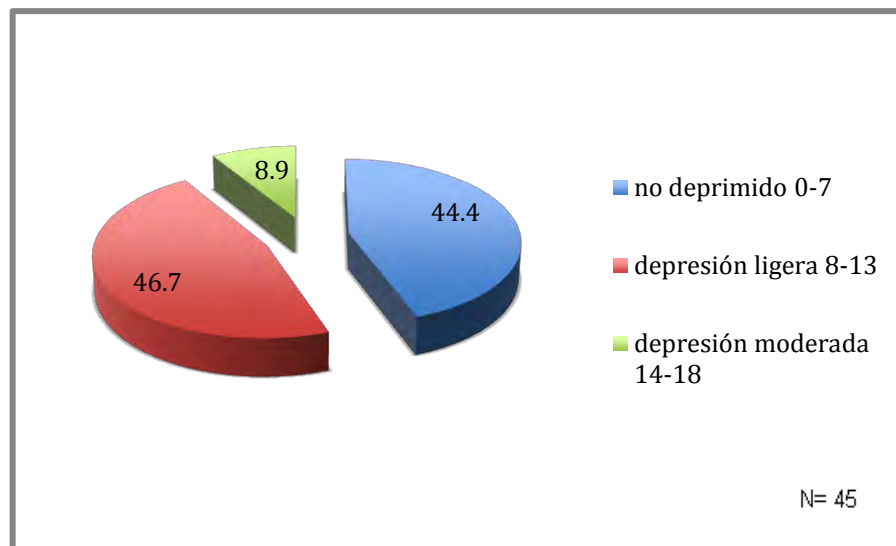
Con este instrumento podemos evaluar que un 60 % (27 casos), son totalmente funcionales, un 26.7 % (12 casos) tienen disfunción moderada y solo un 13.3% (6 casos) presentaban una disfunción conyugal severa (ver gráfica 2).

GRÁFICA 2. FUNCIONALIDAD CONYUGAL.



A la aplicación del instrumento escala de Hamilton para la depresión en las pacientes con cáncer de mama se observó lo siguiente: hasta un 44.4% (20 casos), no presentaba ningún grado de depresión al momento del estudio, un 46.7% (21 casos), presentó una depresión ligera y solo un 8.8 % (4 casos), se les detectó una depresión moderada. (ver gráfica 3).

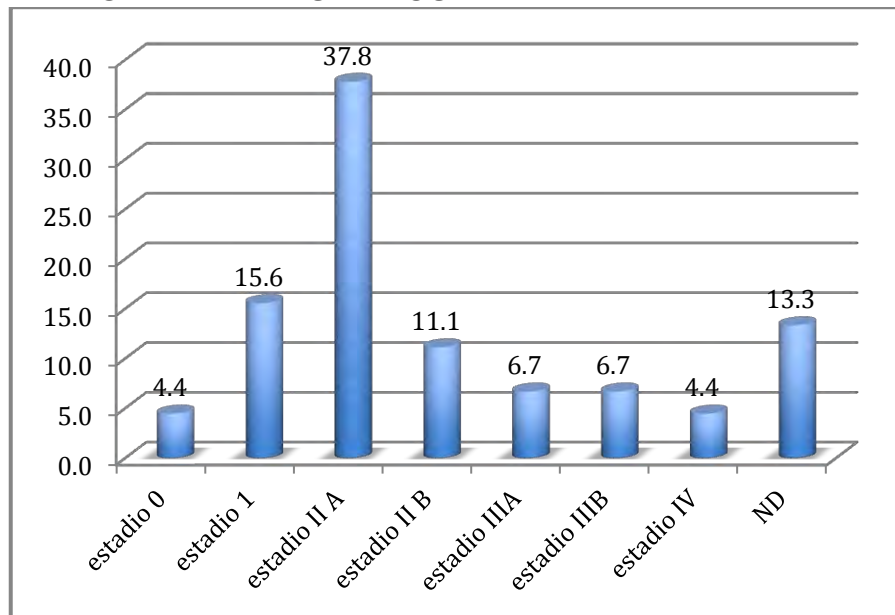
GRÁFICA 3. GRADO DE DEPRESIÓN



De las pacientes con depresión moderada 8.8% (4 casos), el 4.4% (2) de ellas eran severamente disfuncionales y el otro 4.4% (2) tenían una pareja funcional. De las pacientes con depresión ligera 46.7 % (21 casos), el 6.7 % (3) de estas, fueron severamente disfuncionales, el 20 % (9) presentó una disfunción moderada y el otro 20 % (9) con funcionalidad conyugal. Y de las pacientes no deprimidas 44.4% (20), solo el 2.2% (1) fue severamente disfuncional, el 6.7 % (3) tuvieron una funcionalidad moderada, y el mayor grupo de ellas con un 35.5% (16) presentaron una funcionalidad conyugal adecuada.(ver tabla 3).

El estadio en el que se realizó el diagnóstico más frecuente fue el IIA con un 37.8% (17 casos), un 15.6 % en estadio I (7 casos), en estadio IIB con 11.1 %(5 casos), en estadio IIIA y IIIB con un 6.7% (3 casos respectivamente), en estadio 0 y estadio IV con un 4.4 %(2 casos respectivamente). Un 13.3 %(5), no fue posible localizar el estadio al momento de la encuesta. (ver grafica 4).

GRÁFICA 4. ESTADÍOS DEL CÁNCER DE MAMA



Se dividió a las pacientes en grupos de edad encontrando que el grupo de mayor prevalencia fue el de 40 a 59 años con un promedio de 75.6 % (34 pacientes), le continua el de 60 y más con un 13.3%(6pacientes) y el de menor incidencia de cáncer fue el grupo de 25 a 39 años de edad con un promedio de 11.1 % (5pacientes). (ver grafica 5).

Se observó una mayor funcionalidad conyugal en el grupo de edad de 25 a 39 años de edad con una media de 81.5 ± 8.2 y $p=.009$, la funcionalidad conyugal del grupo de edad de 40 a 59 años con una media de 71.3 ± 21.3 y $p= 0.37$. Para depresión se observo que el grupo de 60 años y más estaban más deprimidos con una media de 12.33 ± 1.9 y $p=.000$. Con estos datos se puede observar que entre más joven es la pareja menor es el grado de disfuncionalidad y de depresión. (ver tabla 4). Se realizo una correlación de Chi-cuadrada de Person con un valor de 11.056 y $p=0.26$, (ver tabla 5).

4 DISCUSIÓN:

La realización de este estudio nos permitió conocer el grado de funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama y el grado de depresión ante este diagnóstico, en mujeres mayores de 25 años de edad, diagnosticadas en la UMF 6, que están en tratamiento oncológico en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2011, a partir de los datos obtenidos con la aplicación del instrumento de la funcionalidad conyugal y de la escala de Hamilton para la depresión.

Con estos datos podemos observar que la funcionalidad conyugal se encontró hasta en un 60 % de las pacientes encuestadas, perteneciendo al grupo de 25 y 39 años de edad, es decir el grupo más joven, manifestándose con más apoyo conyugal, y no encontrando depresión en este grupo de pacientes.

Lo anterior se relaciona con los hallazgos encontrados en una investigación realizada por Castillo Días Zeida y Gómez Delgado en el 2011 donde reportan que el apoyo familiar positivo se relaciona con una mayor sobrevivencia, en general el estar casado o tener una pareja estable funcionó como factor protector de la autoestima y la autovaloración. Sin duda el matrimonio funciona como un factor de confianza y seguridad contribuyendo a la protección y el crecimiento de la autoestima. Sin embargo, en este estudio todas las pacientes encuestadas tenían una pareja estable, y aun así, presentaron depresión ligera al momento de la encuesta hasta un 46.7% y un 8.8 % presentó una depresión moderada, siendo el grupo de 60 años y más, las más deprimidas.

En este estudio se demostró que solo 2 pacientes presentaron disfunción conyugal severa con depresión moderada, 3 pacientes presentaron disfunción conyugal severa con depresión ligera, y 9 pacientes presentaron disfunción conyugal moderada con depresión ligera, no reportando pacientes con depresión grave. Lo que representa que un 31 % (14 casos) de la población estudiada que presentaron disfunción conyugal tuvieron algún grado de depresión. Lo anterior contrasta con lo encontrado en la literatura como la investigación realizada por Morales, Robles y Jiménez (2009) donde se hace énfasis en la importancia del apoyo o acompañamiento psicosocial en las pacientes que contaban con este tipo de apoyo presentaban bajos niveles de ansiedad y depresión.

5 CONCLUSIONES.

Con los datos recabados y la discusión de ellos, se llegó a las siguientes conclusiones presentando los datos más relevantes en esta investigación.

El grado de funcionalidad conyugal de las pacientes con cáncer de mama fue predominante la funcionalidad conyugal con un 60 %, a pesar de la gran magnitud ante dicho diagnóstico las pacientes manifestaron recibir apoyo, afecto, comunicación por parte de su pareja. El grupo de pacientes más jóvenes, fue el que presentó mayor funcionalidad conyugal, lo que nos determina que el tener una pareja con más años de vida juntos no siempre puede funcionar como factor protector o apoyo emocional ante situaciones difíciles.

El grado de depresión en pacientes con cáncer de mama más predominante fue la depresión ligera y moderada presentándose en el grupo de mayor edad (60 y más). Podría ser importante enfatizar que el instrumento de aplicación Escala de Hamilton, utilizado en esta investigación, nos permitió medir la presencia de síntomas en el momento de la aplicación, no es posible conocer si antes del diagnóstico de cáncer de mama la paciente ya estaba deprimida.

El estadio más frecuente encontrado es este grupo de pacientes fue el IIA no presentando significancia estadística con el grado de depresión o grado de funcionalidad conyugal.

Pueden ser múltiples los factores que pueden desencadenar depresión en las pacientes con cáncer de mama, pero en este estudio se mostró que no siempre el estar casado o con una pareja estable puede resultar beneficioso o protector para el bienestar de las pacientes con cáncer de mama.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2012
- 2 Sociedad Americana de Cáncer. Cáncer de seno. 23 Septiembre 2013.
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- 3 Organización Mundial de la Salud (2010). Cáncer. Fecha de consulta octubre 2013. Nota descriptiva No. 297. Febrero de 2013.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
- 4 Robles-Castillo J., Rubalcaba-Limón E., Maffuz Antonio, Rodríguez Cuevas S. Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. Gineco-obstetricia México 2011; 79(8): 482-488.
- 5 Tercera revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. Ginecología y Obstetricia México. 2010; 78 (1): 72-82
- 6 Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Estadísticas a propósito del día Internacional contra el Cáncer de Mama. 19 Octubre 2013.
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mama0.pdf>
- 7 Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2011, 9 de junio). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 14 de agosto de 2013, de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
- 8 Pérez Zumano Sofía Elena, Sandoval Alonso Leticia, Tapia Martínez Hugo. Factores de riesgo para cáncer de mama. Revisión Literaria: Rol potencial de enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol. 6 No. 3 Julio-Sep 2009.
- 9 Carrillo Barreras Rosina, Baza Salinas José, Rodríguez Ledesma María de los Ángeles. Riesgo de cáncer de mama. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2011; 49 (6): 655-658.
- 10 Instituto Nacional de Cáncer de la Salud EE.UU .Actualizado 1 oct. 2013
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page2>
- 11 Bravo González María Cristina. Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 13 No. 3 Septiembre de 2010.

- 12 Pérez Sánchez Lucía, Mercado Rivas Martha, Espinosa Parra Irene. Percepción Familiar de la enfermedad crónica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 14 No. 4 2011.
- 13 Boo-Vera Darinel, Martínez-Torres Jorge y Montesinos–Balboa Jorge Eduardo. Influencia del consumo del alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. Revista Salud Pública y Nutrición. Volumen 11 No. 2 abril-junio 2010.
- 14 Cabrera Andrea, Ferraz Rosana. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista Biomedicina. Medicina Familiar y Comunitaria. Volumen VI. No. 1 Marzo 2011.
- 15 Moreira Helena, Silva Sonia, Canavarro María Cristina. El papel de la intimidad matrimonial en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Facultad de Psicología y Ciencias de la educación de la Universidad de Coimbra. Psicología y Salud y Enfermería Lisboa No. 1. Vol. 10 2009.
- 16 Moreira Helena, Crespo Carla, Pereira Marco and Canavarro María Cristina. Marital quality among women with breast cancer: the role of marital intimacy and quality of life. Psicosociología. Vol. 7 Número 1, 2010, pp. 61-80.
- 17 Castillo Días Z., Gómez Delgado I. y cols. El apoyo familiar y la autovaloración en la sobrevivencia del paciente con cáncer de mama. Hospital Provincial Universitario Dr. Celestino Hernández Robau, Santa Clara, Villa Clara. Medicentro 2011; 15 (1)
- 18 Rentería Vega Dinora, Rochín Reynoso y Medina Carrillo L. Apoyo Conyugal de la paciente mastectomizada de la UMF No. 24 de Tepic, Nayarit. Atención Familiar 2008 Vol. 15 (2) marzo-abril. Facultad de Medicina.
- 19 Chávez Aguilar, V.; Velazco Orellana, R... Disfunciones familiares del subsistema conyugal: criterios para su evaluación. Revista Médica IMSS 32(1):39-43, ene-feb. 1994
- 20 Moreno Morales MC, Arrieta Pérez R, Luna Domínguez C. Impacto de la disfunción eréctil sobre la funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético. Archivos de Medicina Familiar. Vol.10 No. 2 abril-junio, 2008 pp. 42-46.
- 21 Garduño Cesar, Riveros Angélica y Sánchez Sosa Juan José. Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. Revista Latinoamérica de medicina conductual. Vol. 1 No. 1, 2010.
- 22 Robles R., Morales M. y colaboradores. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: El papel de la afectividad y el soporte social. Psicooncología, Vol. 6, Numb. 1, 2009, pp. 191-201
- 23 Lynn Henry N, Stearns Vered, Flockhart David A., Heyes Daniel, Riba Michelle. Interacciones farmacológicas y farmacogenómicas en el tratamiento de cáncer de mama y depresión. Am J Psychiatry (Ed Esp) 12:1, enero 2009.

²⁴ Órnelas-Mejorada R. E., Tufiño Tufiño M., Sánchez- Sosa J. Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. *Actas de Investigación Psicológica* 2011,1(3), 401-414.

²⁵ Dorros Sam M, Card Noel A. Segrin Chris, and Badger Terry A. Interdependence in women with breast cancer and their partners: An interindividual model of distress. *Consult Clin Psychol* 2010 Febrero: 78 (1): 121-125.

7 ANEXOS

1. Formato de recolección de datos

Folio: _____

I. **Datos Generales:** escriba o subraye la respuesta correcta.

1. **Edad:** _____ (años cumplidos)

2. **Escolaridad:** 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Carrera técnica
6. Profesionista 7. Otra.

3. **Ocupación:** 1. Hogar 2. Empleada 3. Comerciante 4. Jubilada

4. **Estado Civil:** 1. Soltera 2. Casada 3. Unión Libre 4. Divorciada 5. Viuda

II. **SUBSISTEMA CONYUGAL:** A Continuación se presenta una serie de enunciados relacionados Con el aspecto emocional en relación con su pareja, por favor, marque la respuesta según su apreciación.

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. Comunicación:			
a. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica.	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de roles:			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente Se adjudican.	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual:			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Afecto:			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en La pareja.	0	2.5	5
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. Se interesa por el desarrollo y superación de la Pareja.	0	2.5	5
d. Perciben que son queridos por su pareja.	0	2.5	5
V. Toma de decisiones:			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman Conjuntamente.	0	7.5	15

Calificación de la disfunción del subsistema conyugal
 0 a 40: Pareja severamente disfuncional
 41 a 70: Pareja con disfunción moderada
 71 a 100: Pareja funcional.

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe el estado emocional del paciente entonces puede prestarle más ayuda. Este cuestionario ha sido elaborado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen en las respuestas. Lea cada frase y cada una de las respuestas y subraye la respuesta que usted considere que coincide mejor con su propio estado emocional en la última semana. No hay respuestas buenas o malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las piensas mucho.

Anexo 2: ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

<p>1. Humor deprimido, tristeza, melancolía, desesperanza, desamparo, inutilidad:</p> <p>0 Ausente 1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente 2 Estas sensaciones las relata espontáneamente 3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea</p>	<p>9. Agitación psicomotora:</p> <p>0 Ninguna 1 Juega con sus dedos 2 Juega con sus manos, cabello, etc. 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>
<p>2. Sentimiento de culpa:</p> <p>0 Ausente 1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</p>	<p>10. Ansiedad psíquica:</p> <p>0 No hay dificultad 1 Tensión subjetiva e irritabilidad 2 Preocupación por pequeñas cosas 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 4 Expresa sus temores sin que le pregunten</p>
<p>3. Suicidio:</p> <p>0 Ausente 1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3 Ideas de suicidio o amenazas 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)</p>	<p>11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):</p> <p>0 Ausente 1 Ligera 2 Moderada 3 Severa 4 Incapacitante</p>
<p>4. Insomnio precoz:</p> <p>0 No tiene dificultad 1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño 2 Dificultad para dormir cada noche.</p>	<p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales:</p> <p>0 Ninguno 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
<p>5. Insomnio intermedio:</p> <p>0 No hay dificultad 1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)</p>	<p>13. Síntomas somáticos generales:</p> <p>0 Ninguno 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, mialgias musculares. 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.</p>

<p>6. Insomnio tardío:</p> <p>0 No hay dificultad 1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir 2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>	<p>14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):</p> <p>0 Ausente 1 Débil 2 Grave</p>
<p>7. Trabajo y actividades:</p> <p>0 No hay dificultad 1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) 3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.</p>	<p>15. Hipocondría:</p> <p>0 Ausente 1 Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2 Preocupado por su salud 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda</p> <hr/> <p>16. Pérdida de peso:</p> <p>0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1 Pérdida de más de 500 g en una semana 2 Pérdida de más de 1 kg en una semana</p>
<p>8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):</p> <p>0 Palabra y pensamiento normales 1 Ligeramente retrasado en el habla 2 Evidente retraso en el habla 3 Dificultad para expresarse 4 Incapacidad para expresarse</p>	<p>17. Perspicacia:</p> <p>0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo 1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 3 No se da cuenta que está enfermo</p>

TOTAL PUNTUACIÓN: 0 a 52 puntos.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera: 8-13

Depresión moderada: 14 -18

Depresión grave: 19 -22

Depresión muy grave: > 23

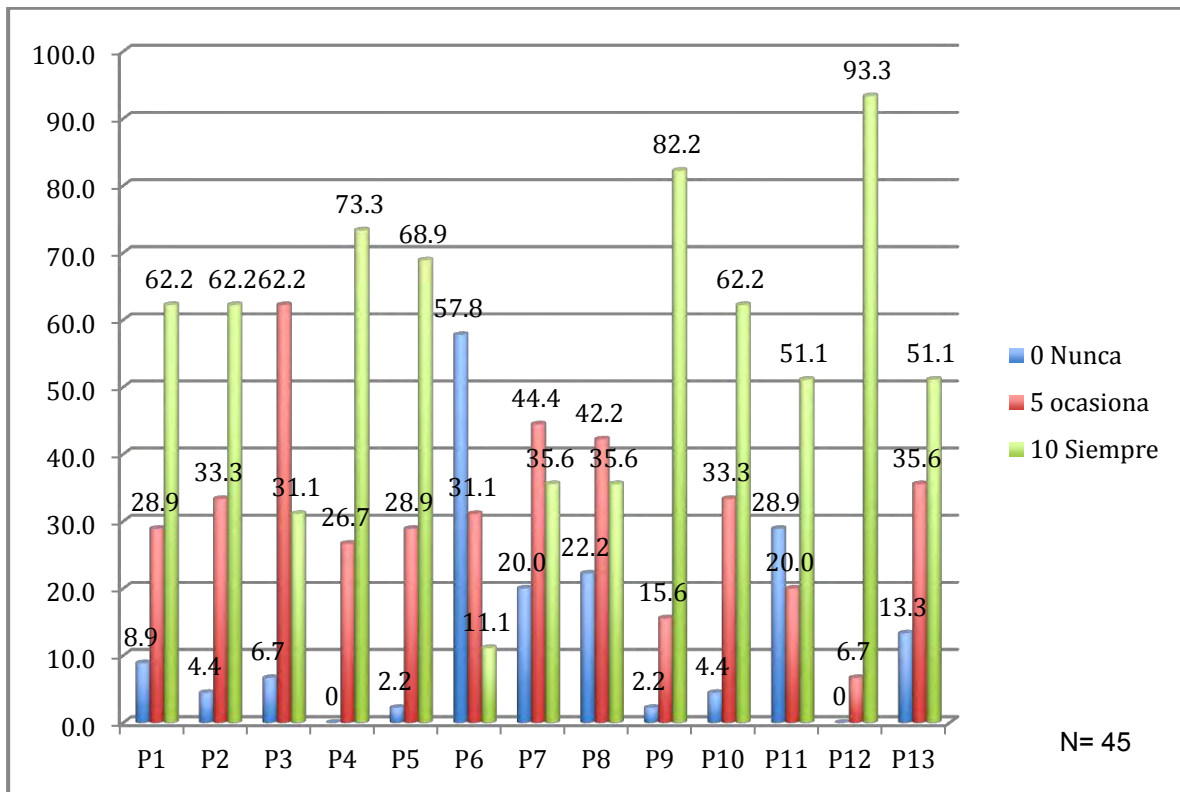
TABLA 1. ESTADÍSTICAS

	Edad	Funcionalidad conyugal	Evaluación depresión
N	45	45	45
Media	51.56	69.8333	8.38
Mediana	52.00	75.0000	8.00
Moda	50	90.00	6
Desv. típ.	8.740	21.30941	3.973
Asimetría	-.095	-.880	.210
Error típ. de asimetría	.354	.354	.354
Curtosis	.381	-.166	-.371
Error típ. de curtosis	.695	.695	.695
Mínimo	29	17.50	1
Máximo	72	97.50	18

TABLA 2. DATOS DEMOGRÁFICOS

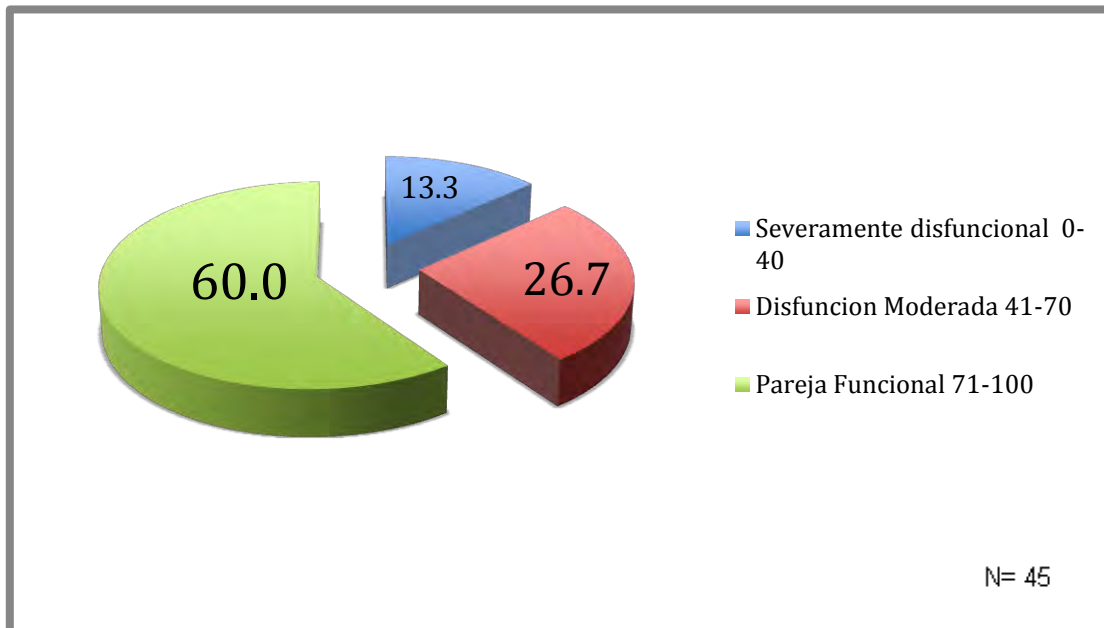
Variable		Numero	Porcentaje (%)
Escolaridad	Primaria	12	26.7
	Secundaria	10	22.2
	Carrera Técnica	9	20
	Profesionistas	8	17.8
Ocupación	Hogar	26	57.8
	Empleada	17	37.8
	Comerciante	2	4.4
Estado Civil	Casadas	43	95.6
	Divorciada	1	2.2
	Unión libre	1	2.2
N= 45 + 8.7			

GRÁFICA 1. SUBSISTEMA CONYUGAL



Comunicación	P1, P2, P3
Adjudicación y asunción de roles	P4, P5 Y P6
Satisfacción Sexual	P7 y P8
Afecto	P9, P10, P11 y P12
Toma de decisiones	P13

GRÁFICA 2. FUNCIONALIDAD CONYUGAL.



GRÁFICA 3. GRADO DE DEPRESIÓN

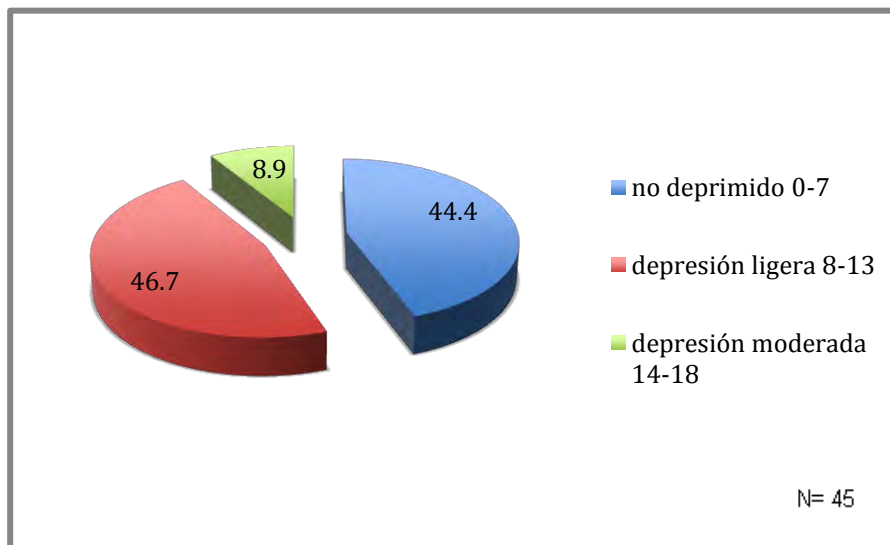
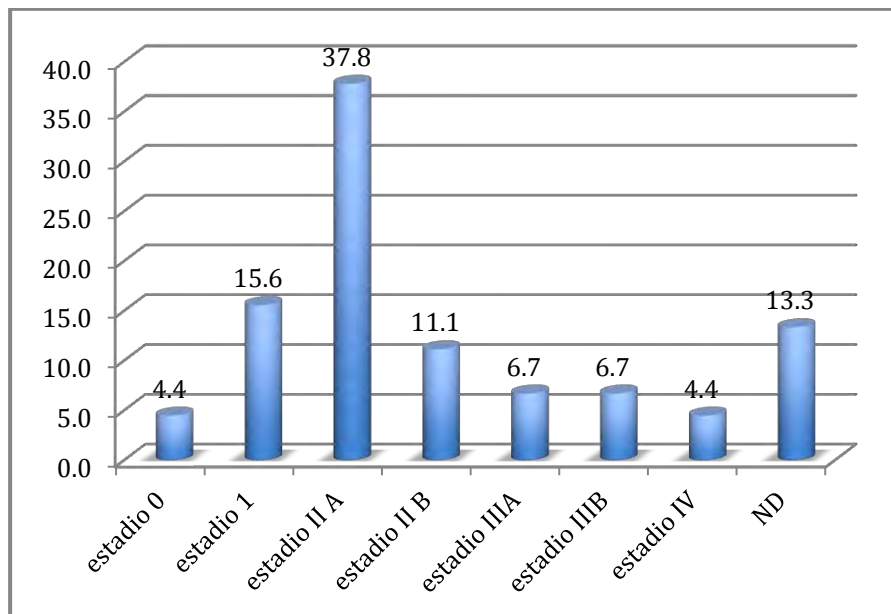


TABLA 3. FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

		Total de depresión			Total
		no deprimido 0-7	depresión ligera 8-13	depresión moderada 14-18	
	Severamente disfuncional 0-40	1	3	2	6
Total	Disfunción Moderada 41-70	3	9	0	12
	Pareja Funcional 71-100	16	9	2	27
Total		20	21	4	45

GRÁFICA 4. ESTADÍOS DEL CÁNCER DE MAMA



GRÁFICA 5. GRUPOS DE EDAD

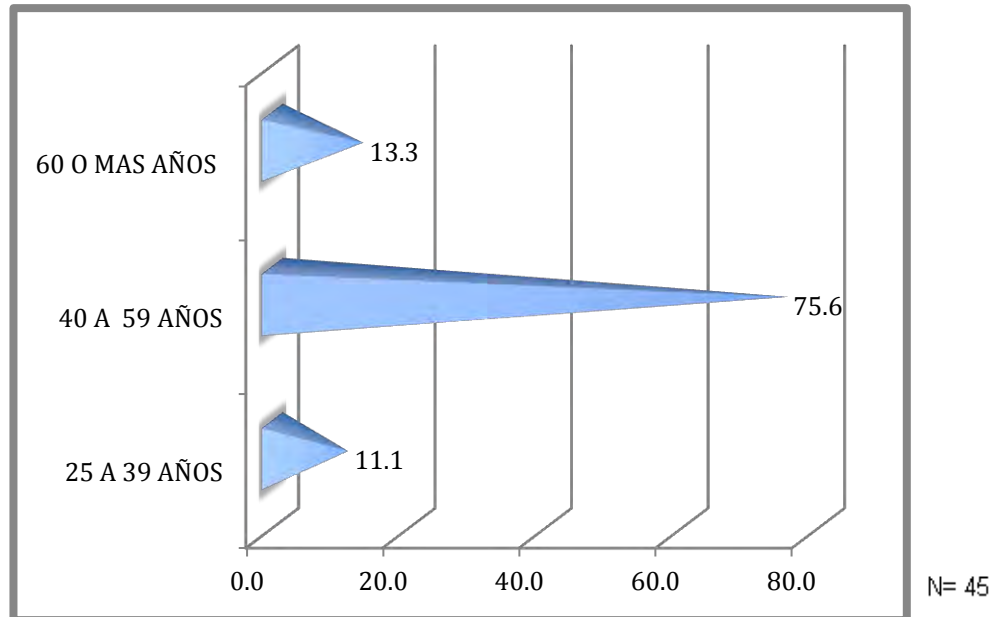


TABLA 4. CORRELACIÓN EDAD Y FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y DEPRESIÓN

Grupo_Edad		N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media	p
Funcionalidad conyugal	25 A 39 AÑOS	5	81.5000	8.21584	3.67423	.009
	60 O MAS AÑOS	6	51.2500	18.89114	7.71227	
Subtotal evaluación depresión	25 A 39 AÑOS	5	5.20	1.643	.735	.000
	60 O MAS AÑOS	6	12.33	1.966	.803	

Grupo_Edad		N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media	p
Funcionalidad conyugal	40 A 59 AÑOS	34	71.3971	21.38386	3.66730	.037
	60 O MAS AÑOS	6	51.2500	18.89114	7.71227	
Subtotal evaluación depresión	40 A 59 AÑOS	34	8.15	3.963	.680	.016
	60 O MAS AÑOS	6	12.33	1.966	.803	

TABLA 5.Pruebas de chi-cuadrado 95%

	Valor	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	11,056 ^a	4	.026
Razón de verosimilitudes	15.167	4	.004
Asociación lineal por lineal	8.842	1	.003
N de casos válidos	45		

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he comprendido la información explicada y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Entiendo que del presente estudio se derivan potencialmente los siguientes beneficios: orientación, asesoría sobre terapias y rehabilitación apropiadas.

Es de mi conocimiento que puedo solicitar información adicional sobre los beneficios de mi participación en el estudio.

Firma del paciente o del padre o tutor

Fecha: _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado a la paciente. _____

La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios que implica su

Participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del paciente o del padre o tutor

Fecha: _____

Carta de consentimiento informado a la paciente

Investigador principal: Dra. Cristina Elizabeth Vallejo de la Garza

Investigadores asociados: Asesor Dr. José Francisco Díaz Esquivel

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Justificación del estudio. En las pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, es frecuente encontrar depresión.

Por lo que una detección temprana con un tratamiento oportuno, podrían ayudar a disminuir los efectos del cáncer de mama.

Objetivos del estudio. A usted se le está invitando a participar en una investigación que tiene como objetivos:

1. Evaluar cuál es el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en el ajuste psicológico (psicopatología y calidad de vida) y ajuste conyugal de las pacientes.
2. Medir el grado de adaptabilidad y cohesión familiar en el momento inicial y así de esta manera identificar cómo se relacionan con el ajuste psicológico y conyugal.
3. Analizar la posible interacción de variables ocultas recogidas y relacionadas con las características de las pacientes, con la enfermedad o con su tratamiento, sobre los ajustes psicológico y conyugal.

Beneficios del estudio. Todos los pacientes recibirán orientación incluyendo asesoría para inicio de terapia y rehabilitación.

Procedimientos del estudio. En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, e inicio de su padecimiento actual. Se llenará un formato especial.

Aclaraciones

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad
- No tendrá que hacer gasto extra alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento

