



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACION

SUBDIVISION MEDICINA FAMILIAR

**SEDE
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 79
PIEDRAS NEGRAS COAHUILA**

TITULO DEL TRABAJO

**LA RELACION CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE
MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 60, DE
NAVA COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR: ADOLFO SAUCEDO ORTIZ
ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR**

PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA



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.

**LA RELACIÓN CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE
MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 60, DE NAVA
COAHUILA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

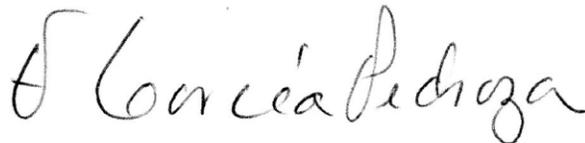
PRESENTA

DR. ADOLFO SAUCEDO ORTIZ

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 DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

**LA RELACION CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE
MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 60, DE
NAVA COAHUILA.**

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

PRESENTA:

DR: ADOLFO SAUCEDO ORTIZ

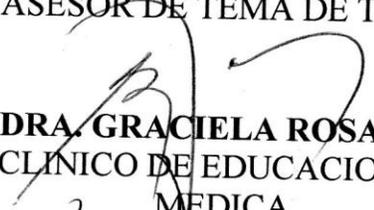
AUTORIZACIONES;

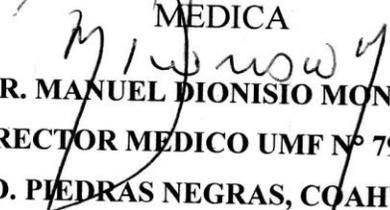

DR FERMIN PEREZ ORTIZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 79 PIEDRAS NEGRAS
COAHUILA**


DR GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS


DR GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DE TEMA DE TESIS


DRA. GRACIELA ROSALES
**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA**


DR. MANUEL DIONISIO MONTIEL
DIRECTOR MEDICO UMF N° 79 IMSS
CD. PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA.

PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

2013

AGRADECIMIENTOS:

Le agradezco principalmente a DIOS, por llenarme de bendiciones durante el transcurso de mi vida, especialmente durante el tiempo que permanecí en éste curso de especialización; por darme la oportunidad de adquirir mayor conocimiento para servir mejor y con mayor calidez a mis pacientes.

Agradezco de una manera muy especial a mi esposa OLGA PRISCILA MARTINEZ BANDA, quien siempre me ha brindado su apoyo de manera incondicional tanto en mi vida personal como profesional; por el sencillo hecho de permanecer a mi lado aún en situaciones adversas.

A mis profesores y asesores, quienes de manera única compartieron sus conocimientos y su tiempo conmigo; haciendo posible mi trayecto a través de éste curso de especialización. Hago especial énfasis en mi profesor el DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR, quien me ha brindado espacio, tiempo y su experiencia aún fuera del aula de estudio.

DEDICATORIA:

Dedico el presente estudio principalmente a mis hijos: BRIAN, GRISEL, ODETH Y AYLIN, que siempre me han contagiado de su alegría entre juegos y fantasías infantiles. Y porque siempre serán para mí un motivo más para continuar preparándome y superándome.

A mis padres, MARÍA IGNACIA ORTIZ LIMON y JOSE ALBERTO SAUCEDO FRIAS, por fundar en mí las bases para enfrentar la vida, siempre con la mejor disposición de ofrecerme el apoyo y el consejo basado en su experiencia; por lo cual siguen siendo el cimiento de todo lo que soy.

RESUMEN

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte por tumores cancerígenos en todas las regiones del mundo en vías de desarrollo y ataca a muchas mujeres durante su etapa reproductiva. A pesar de los siglos el cáncer de mama es una de las enfermedades humanas más temibles.

También es importante conocer que en la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagónicas (positiva-negativa), los cuales desajustan la función familiar, la incapacitan para realizar sus tareas y modifica los roles de los miembros, y que está en relación con los cambios del ciclo evolutivo y los acontecimientos estresantes. Mientras que por otra parte la fuerza positiva da una armonía a los miembros de la familia. Del predominio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio en el funcionamiento familiar. El presente estudio de investigación es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, el cual se realizara en la Unidad de Medicina Familiar No. 60 perteneciente a la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Nava Coahuila. De la población adscrita se investigará a toda mujer con el diagnostico de CANCER DE MAMA.

Una vez detectados las pacientes con diagnostico de cáncer de mama de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicara la historia clínica familiar y aplicación del instrumento del subsistema conyugal que valorara a través de una escala cuali-cuantitativa que es el instrumento de **Dr. Víctor Chávez Aguilar** el cual mide la comunicación, afecto, adjudicación de roles, satisfacción sexual y toma de decisiones en la pareja.

INDICE

1.-MARCO TEORICO.....	8
2.-INSTRUMENTO DE CHAVEZ AGUILAR.....	43
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	46
4.-JUSTIFICACION.....	48
5.-OBJETIVOS.....	49
6.-TIPO DE ESTUDIO.....	51
7.-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	52
8.-TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	52
9.-CRITERIOS DE INCLUSION EXCLUSION Y ELIMINACION.....	52
10.-VARIABLES A REOLECTAR.....	53
11.-PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION.....	55
12.-CONSIDERACIONES ETICAS.....	56
13.-RESULTADOS.....	57
14.-DISCUSIONES.....	63
15.-CONCLUSIONES.....	64
16.-BIBLIOGRAFIA.....	65
17.- ANEXOS.....	68

MARCO TEORICO

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo.(2)

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama (3) El cáncer de mama humano es una enfermedad clonal; una célula individual transformada (el producto de una serie de mutaciones somáticas [adquiridas] o de línea germinal) acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. (1)En consecuencia, el cáncer de mama puede existir por un período largo (1) Cáncer: tumor maligno en general, que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis. (4)

ANATOMIA FUNCIONAL DE LA MAMA

La mama se compone de 15 a 20 lóbulos cada uno constituido por lobulillos. Bandas fibrosas de tejido conjuntivo (ligamentos suspensores de Cooper) cruzan la mama y se insertan en forma perpendicular en la dermis y forma soporte estructural. La superficie profunda de la mama descansa en la fascia de los músculos pectoral mayor, serrato mayor y oblicuo mayor del abdomen y la extensión superior de la vaina del recto. El cuadrante superior externo de la mama contiene mayor volumen de tejidos que los otros cuadrantes.

La epidermis del complejo pezón-areola está pigmentada, y arrugada de forma variable. Durante la pubertad el pigmento se oscurece y el pezón toma una forma elevada. La areola

contiene glándulas sebáceas, sudoríparas y accesorias que produce elevaciones pequeñas en la superficie de la misma (tubérculos de Montgomery). Fibras de haces de musculo liso, Situadas en forma circunferencial en el tejido conjuntivo denso y de manera longitudinal a lo largo de los conductos mayores, se extiende hacia arriba al pezón, donde ocasionan la erección del mismo en respuesta a diversos estímulos sensoriales. La papila dérmica en la punta del pezón contiene múltiples terminaciones nerviosas sensoriales y corpúsculos de Meissner. Esta inervación sensorial abundante tiene importancia funcional porque la succión por el lactante inicia una cadena de fenómenos neurohumorales que producen la expulsión de la leche.

Cada lóbulo de la mama termina en un conducto mayor (lactífero) de 2 a 4 mm de diámetro) que se abre a través de un orificio contraído (0.4 a 0.7mm de diámetro) en la ampolla del pezón. Justo abajo del complejo pezón areola, cada conducto mayor tiene una porción dilatada (seno lactífero), recubierta con epitelio escamoso estratificado. Los conductos mayores están recubiertos de dos capas de células cuboidales, en tanto que los menores solo tiene una capa de células cilíndricas o cuboidales. Entre las células epiteliales de la lámina basal se encuentran células mil epiteliales que contienen miofibrillas

La mama recibe el riego principal de: 1) ramas perforantes de la arteria mamaria interna, 2) ramas externas de las arterias intercostales posteriores y 3) ramas de la arteria axilar, inclusive la arteria torácica superior, la torácica inferior y las ramas pectorales de la arteria acromiotorácica las venas de la mama y de la pared torácica siguen el trayecto de las arterias con drenaje venoso a la axila. Los tres grupos principales de venas son:1) las ramas perforantes de la arteria mamaria interna 2) las ramas perforantes de las venas intercostales

posteriores y 3) tributarias de la vena axilar. El plexo venoso vertebral de Batson, que reviste las vértebras y se extiende desde la base de del cráneo hasta el sacro, puede proveer una vía para metástasis del cáncer de mama a las vértebras, cráneo, huesos de la pelvis y sistema nervioso central. Por lo general los vasos linfáticos siguen un trayecto paralelo a los vasos sanguíneos.

Las ramas cutáneas externas de los nervios intercostales tercero a sexto proporcionan la inervación sensorial de la mama (ramas mamarias externas) y de la pared anteroexterna del tórax. Estas ramas salen de los espacios intercostales entre las hendiduras de los músculos serrato mayor. Ramas cutáneas que surgen del plexo cervical, en específico de las ramas anteriores del nervio supraclavicular, inerva una área limitada de piel en la porción superior de la mama. El nervio intercostohumeral es a rama cutánea externa del segundo nervio intercostal.

Los límites del drenaje linfático de la a no están bien definidos y se observa una variación considerable en la posición de los ganglios linfáticos axilares. Los seis grupos de ganglios linfáticos axilares son : 1) el grupo de la vena axilar (externo) , consiste en cuatro a seis ganglios linfáticos, que se sitúan en la parte posterior de la vena y reciben la mayor parte del drenaje linfático de la extremidad superior, 2) el grupo mamario externo (grupo anterior o pectoral) constituidos por cinco a seis ganglios linfáticos situados al borde inferior del musculo pectoral menor contiguos a os vasos mamarios externos y que reciben la mayor parte del drenaje linfático de la superficie externa de la mama, 3) el grupo escapular (posterior) formado por cinco a siete ganglios linfáticos , que se localizan en la parte posterior de la axila en el borde externo de la escapula y reciben el drenaje linfático en particular de la parte de la parte posterior e inferior de la nuca y posterior del tronco y

hombro, 4) el grupo central consiste en tres a cuatro grupos de ganglios linfáticos, que están incluidos en la grasa de la axila, se sitúan justo atrás del musculo pectoral menor y reciben el drenaje linfático de la vena axilar, la mamaria externa, grupos escapulares de los ganglios linfáticos y directamente de la mama, 5) el grupo subclavicular (apical) constituidos de 6 a 12 grupos de ganglios linfáticos, que se encuentran atrás y arriba del borde superior del musculo pectoral menor y reciben drenaje linfático de todos los otros grupos de ganglios linfáticos axilares, y 6) el grupo interpectoral (de Rotter) formado por uno a cuatro ganglios linfáticos, que están interpuestos entre los músculos pectorales mayor y menor, y reciben en forma directa el drenaje linfáticos de la mama.(1)

FISIOLOGIA

Las mamas comienzan a desarrollarse en la pubertad, este desarrollo es estimulado por los mismos estrógenos de los ciclos sexuales menstruales, que despiertan el crecimiento de la glándula mamaria más el depósito además de favorecer el depósito de grasa que aumenta el volumen de las mismas. Así mismo durante el embarazo se produce un crecimiento mucho mayor de las mamas, y solo entonces el tejido glandular queda preparado para secretar leche.

Durante el embarazo las enormes cantidades de estrógenos secretadas por la placenta hacen que el sistema ductal de la mama crezca y se ramifique. Simultáneamente, el estroma glandular aumenta de volumen y grandes cantidades de grasa se depositan en él.

También son importantes para el crecimiento de los conductos otras cuatro hormonas, por lo menos: la hormona del crecimiento, la prolactina, los glucocorticoides suprarrenales y la

insulina. Se sabe que cada una de ellas interviene al menos en el metabolismo de las proteínas, lo que posiblemente explique su papel en el desarrollo de las mamas.

Para que se produzca el desarrollo completo de las mamas y esta se convierta en órganos secretores de leche se necesita también el concurso de la progesterona. En cuanto el sistema ductal se ha desarrollado, la progesterona, actuando sinérgicamente con los estrógenos sobre todo, con las demás hormonas antes mencionadas, produce el crecimiento adicional de los lobulillos, el rebrote de los alveolos y la aparición de las características secretoras que produce la progesterona sobre el endometrio durante la segunda mitad del ciclo menstrual femenino.

Aunque los estrógenos y la progesterona son esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, una acción específica de estas hormonas es inhibir la secreción propiamente dicha de la leche. Por otro lado la hormona prolactina ejerce el efecto exactamente opuesto: estimula la secreción de la leche. Esta hormona es secretada por la adenohipófisis de la madre y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la 5ta semana de embarazo hasta el nacimiento del niño. El líquido que la mama secreta en los días anteriores del parto, se llama calostro el cual contiene las mismas concentraciones de proteínas y de lactosa que la leche pero no tiene nada de grasa. Inmediatamente después de nacer el niño la desaparición brusca de los estrógenos y la progesterona por la placenta permite que actúe entonces el estímulo lactógeno de la prolactina. (14)

FACTORES DE RIESGO DE CANCER DE MAMA

La edad es uno de los factores de riesgo conocidos para padecer cáncer de mama. En México suele manifestarse a partir de los 20 años de edad y su frecuencia incrementa hasta alcanzar los 40 y 54 años de edad, ⁽¹⁵⁾ una década antes de las mujeres europeas o estadounidenses (51 vs 63 años de edad, respectivamente) ⁽¹⁶⁾. En lo que respecta a la historia familiar genética, por cada integrante de primer grado con antecedente de cáncer de mama, se incrementa el riesgo 1.8 veces en relación a la mujeres que no manifiestan la enfermedad. Como en pacientes con hiperplasia atípica de células ductales o lobulillares aumenta de 4 a 5 veces el riesgo de padecer cáncer. ⁽¹⁷⁾

El incremento de la exposición a estrógenos se acompaña de un mayor riesgo de cáncer de mama, como menarquía temprana antes de los 11 años y menopausia tardía después de los 54, además de la nuliparidad, en tanto que una exposición reducida protege contra esta afección, ⁽¹⁶⁾. La terapia hormonal de remplazo por tiempo prolongado (periodo mayor de cinco años) incrementa el 2% anual de riesgo de padecer cáncer de mama. Este riesgo permanece latente cinco años después de suspender el tratamiento; posterior a este periodo, riesgo de se iguala al de las mujeres que nunca recibieron terapia. ⁽¹⁸⁾ Se ha observado un vinculo entre obesidad un mayor riesgo de cáncer de mama como la fuente más importante de estrógenos en mujeres posmenopáusicas es la conversión de androstenediona en estrona por el tejido adiposos. ⁽¹⁹⁾

El alcohol se ha considerado como factor que incrementa levemente el riesgo de cáncer de mama, ya que entre sus productos se encuentra acetaldehído, conocido como

carcinógeno primario en animales.⁽³⁾ Los factores de riesgo mas frecuentes encontrados en un estudio efectuado en el 2008 en la Unidad Médica de Atención ambulatoria del IMSS en el Estado de México fueron sobrepeso , obesidad, terapia hormonal y embarazo después de los 30.⁽²⁰⁾

ANATOMOPATOLOGIA.

Carcinoma in situ.

Las células se clasifican en in situ o invasivas según invaden o no a través de la membrana basal. La descripción original de Broder del cáncer de mama in situ resalto la ausencia de invasión de las células del estroma circundante y su circunscripción dentro de los límites ductales y alveolares naturales. Como las áreas de invasión pueden ser diminutas, el diagnostico preciso del cáncer in situ, demanda el análisis de múltiples cortes microscópicos para excluir la invasión. Antes del uso amplio de la mamografía el cáncer se diagnosticaba mediante un examen físico. En esa época los canceres in situ constituían menos del 6% de todos los canceres de mama. El carcinoma lobulillar

El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) se origina en la unidades lobulillares de los conductos terminales y solo se desarrolla en la mama femenina: se Caracteriza por distensión y deformación de las unidades lobulillares del conducto terminal por la células cancerosas que son grandes para mantener una relación nuclear: citoplasma normal. Los globulos mucoides citoplasmáticos son una característica celular distintiva. El CLIS puede observarse en tejidos mamarios que contienen microcalcificaciones , pero las calcificaciones relacionadas con CLIS casi siempre ocurren en tejidos adyacentes que es una característica única de CLIS y contribuye a su

diagnostico. La edad al momento de diagnostico es e 44 a 47 años, cerca de 15 a 25 años menor que la edad a la que se diagnostica cáncer de mama invasivo.(1) El CLIS tiene predilección racial precisa y se observa con una frecuencia 12 veces mayor en mujeres caucásicas que en mujeres afroestadounidenses.

El CLIS se considera un marcador de de riesgo mayor de cáncer invasivo de la mama en lugar de un precursor anatómico. (3)

Para referirnos a multicentricidad se refiere a la ocurrencia de un segundo cáncer de mama fuera del cuadrante del cáncer primario de la mama, en tanto que multifocalidad indica la ocurrencia de un segundo cáncer dentro del mismo cuadrante que el cáncer primario de la mama. El 60 al 90% de las mujeres con CLIS presenta multicentricidad, en tanto que la tasa de multiceñtralidad para CDIS es de 40 a80% (3)

Carcinoma ductal in situ

Si bien el carcinoma ductal in situ (CDIS) se observa de manera predominante en la mama femenina constituye 5% de los canceres de varones. La proliferación del epitelio que recubre los conductos menores, que produce crecimiento papilar dentro de la luz del conducto, es la característica histológica del CDIS. Al principio de su desarrollo las células cancerosas no muestran pleomorfismo, mitosis o atipia, lo que origina dificultades para diferenciar el CDIS temprano de la hiperplasia benigna. Al final los crecimientos papilares coalscen y llenan la luz del conducto de manera que solo quedan espacios redondos y dispersos entre los grumos de las celular cancerosos atípicas. Que muestran hiperchromasia y pérdida de polaridad (patrón de crecimiento cribiforme): por ultimo las células cancerosas pleomorficas con figuras mitóticas frecuentes obliteran la

luz y obstruyen los conductos (patrón de crecimiento solidó). Conformen el crecimiento continua, estas células sobrepasan su riego, y se tornan necróticas (patrón de crecimiento en comedón). Ocurre un depósito de calcio en las áreas de necrosis y es una característica frecuente en la mamografía. (1)

En la actualidad el CDIS suele clasificarse con base en el grado nuclear y la presencia de necrosis. El riesgo de cáncer invasivo es casi 5 veces más alto en mujeres con carcinoma ductal in situ. Los cánceres invasivos se observan en mama ipsolateral, por lo general en el mismo cuadrante que el CDIS que se detecto originalmente, lo que sugiere que el CDIS es un precursor anatómico del carcinoma ductal invasivo (3)

Carcinoma invasivo de la mama

Los cánceres invasivos de la mama se describen como de origen lobulillar o ductal. En las clasificaciones iniciales se utilizo el termino lobulillar para describir lo canceres invasivos que se acompañaban de carcinoma lobulillar in situ., en tanto que los otros canceres invasivos se denominas ductales .(1)

El carcinoma de mama ductal invasivo de la mama con fibrosis productiva originan 80% de los canceres de mama y se manifiesta con metástasis macroscópicas o microscópicas en ganglios linfáticos axilares en 60% de las pacientes. Este cáncer suele presentarse como una masa dura y solitaria en mujeres perimenopausicas o postmenopausicas en el quinto a sexto decenios de vida. Sus márgenes están mal definidos y las superficies de corte muestran una configuración estelar central con estrías blanco cretáceas o amarillas que se extienden hacia los tejidos mamarios circundantes.

El carcinoma medular es un cáncer de mama tipo especial constituye 45 de todos los cánceres invasivos de la mama y es un fenotipo frecuente de cáncer de mama hereditario BRCA-1. A simple vista el cáncer es blando y hemorrágico. Es posible que el tamaño se incremente con rapidez a causa de necrosis y hemorragia. En el examen físico es voluminoso y a menudo se localiza en la profundidad de la mama.

En 20% de los casos se encuentra en ambos lados. El carcinoma medular se caracteriza bajo el microscopio por 1) un filtrado linforreticular denso compuesto de manera predominante por linfocitos y células plasmáticas 2) núcleos pleoformos grandes mas diferenciados que muestran mitosis activa y 3) un patrón de crecimiento similar a un lamina con diferenciación ductal o alveolar mínima o sin ella.(1) El 50% de estos cánceres se relaciona con CDIS por lo general se presenta en la periferia del cáncer y menos 10% se demuestra receptores hormonales. Las mujeres con este cáncer tiene una tasa de supervivencia a cinco años menor que las que presentan carcinoma lobulillar in situ (3)

El carcinoma mucinoso (carcinoma coloide), otro tipo especial de cáncer de mama constituye 2% de todos los cánceres invasivos de la mama y casi siempre se presenta en la población de edad avanzada como un tumor voluminoso. Este cáncer se define por fondos comunes extracelulares de mucina, que rodean agregados de células cancerosas cancerosas de grado bajo: la superficie de corte de este cáncer es brillante y de calidad gelatinosa. La fibrosis es variable y su abundancia confiere a una consistencia firme a la neoplasia (1) Cerca del 66% de estos carcinomas mucinosos muestran receptores hormonales. En el 33% ocurren metástasis a ganglios linfáticos y las tasas de supervivencia a 5 a 10 años son de 73 y 59% respectivamente. A causa del componente

mucinoso, es posible que las células de no se evidencien en los cortes microscópicos y resulta esencial analizar múltiples de ellos a fin de confirma el diagnostico de carcinoma mucinoso.

El carcinoma papila es un cáncer de mama de tipo especial que corresponde el 20% de todos los canceres invasivos de la mama, suele presentarse en el séptimo decenio de la vida y en un numero desproporcionado de mujeres no caucásicas. Por lo general los carcinomas papilares suelen ser pequeños, rara vez crecen hasta 3 cm de diámetro. Estos canceres se definen por papilas con tallos fibrovasculares y epitelio en múltiples capas.

El carcinoma tubular es otro cáncer de mama especial que origina el 2% de todos los cáncer invasivos de la mama se observa hasta un 20% de las mujeres cuyos canceres se diagnostican mediante selecciones mamografías y suele diagnosticarse entre la perimenopausia a la menopausia temprana. El carcinoma tubular rara vez hay metástasis distantes. La supervivencia a largo plazo se aproxima al 100%.

El carcinoma lobulillar invasivo representa 10% de los canceres de mama. Las características histopatológicas de este cáncer incluyen células pequeñas con núcleos redondos nucléolos coco notable y citoplasma escaso con frecuencia es multifocal multicentrico y bilateral. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser difícil de detectar a causa de su patrón de crecimiento insidioso y las características sutiles en la mamografía.

(1)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La molestia de presentación, en casi un 70% de las pacientes con cáncer mamario, es la presencia de un abultamiento (de ordinario indoloro) en la mama. La propia paciente descubre cerca de 90% de las masas mamarias. Los síntomas menos frecuentes consisten en dolor mamario, exudado del pezón, erosión, retracción, crecimiento o prurito del pezón, y enrojecimiento, endurecimiento generalizado, crecimiento o retracción de la mama. Pocas veces una masa axilar o tumefacción del brazo será el primer síntoma. Pueden producirse dolor de espalda o de los huesos, ictericia, o pérdida de peso como resultado de metástasis sistémicas, pero estos síntomas se aprecian raramente en la presentación inicial. (21)

La inspección de la mama es el primer paso en el examen físico y debe practicarse con la paciente sentada con los brazos a los lados y luego sobre la cabeza. Pueden identificarse variaciones anormales en el tamaño y contorno de la mama, retracción del pezón, edema, enrojecimiento, retracción de la piel. Con frecuencia la asimetría de las mamas y retracción o aparición de hoyuelos en la piel, pueden acentuarse haciendo que la paciente eleve los brazos sobre la cabeza o presione las manos sobre sus caderas con el propósito de contraer los músculos pectorales. Las áreas axilares y supraclaviculares deben palpase minuciosamente en la búsqueda de ganglios crecidos con la paciente sentada. La palpación de la mama en búsqueda de más u otros cambios debe practicarse con la paciente sentada como en la posición supina con el miembro superior en abducción.

El cáncer mamario suele consistir en una masa firme o dura no hipersensible con márgenes no delineados (a causa de infiltración local). Es probable la presencia de erosiones muy pequeñas (1 a 2mm) sea la única manifestación de carcinoma de Paget. En ocasiones, la presencia de un exudado acuoso, seroso o sanguinolento del pezón es un signo temprano pero con mayor frecuencia se relaciona con un signo de enfermedad benigna.

La lesión menor de 1 cm puede ser difícil o imposible de sentir por el examinador sin embargo la paciente puede descubrirlo. Siempre debe pedírsele que muestre la localización de la masa, si el médico no confirma la sospecha debe realizarse nueva exploración de 2 a 3 meses de preferencia de 1 a 2 semanas después del comienzo de la menstruación: Durante la fase premenstrual del ciclo la nodularidad inocua puede sugerir neoplasia u ocultar una lesión subyacente. (14)

DIAGNOSTICO

La detección de una tumoración dominante en una mujer posmenopáusica, o de una dominante que persiste a lo largo del ciclo menstrual en una mujer premenopáusica, obliga a la punción-aspiración con aguja fina de la misma, o bien, a la remisión de la paciente al cirujano. Las lesiones sólidas persistentes, recurrentes, complejas o correspondientes a quistes con contenido hemático requieren estudio mediante mamografía y biopsia, aunque en las pacientes seleccionadas se puede aplicar la técnica del diagnóstico triple (palpación, mamografía, aspiración) para evitar la biopsia.

Para diferenciar los quistes de las lesiones sólidas se puede realizar ecografía en vez de punción-aspiración con aguja fina. La ecografía no permite detectar todas las masas sólidas; por tanto, una tumoración palpable que no se ve en la ecografía debe considerarse presumiblemente sólida. En primer término, el análisis del factor de riesgo no es parte de la estructura de decisiones. No hay una gama de factores de riesgo cuya presencia o ausencia pueda utilizarse para descartar la biopsia. En segundo lugar, la punción-aspiración con aguja fina sólo se debe llevar a cabo en centros hospitalarios en los que se haya demostrado experiencia en la obtención y el análisis de estas muestras. Aunque la probabilidad de cáncer es baja cuando se obtiene una "negatividad triple" (bulto de palpación benigna, mamografía negativa y negatividad en la punción-aspiración con aguja fina), todavía no es inexistente y la paciente y el médico deben tener en cuenta el riesgo aproximado de 1% de resultados falsamente negativos. En tercer lugar, diversas técnicas tradicionales como la resonancia magnética, la ecografía y las técnicas de imagen sestamibi no permiten excluir la necesidad de la biopsia, aunque en ocasiones pueden motivarla. (1) En un estudio realizado en 19 pacientes . Se confirmó el diagnóstico histopatológico de cáncer en 14 pacientes; se encontró enfermedad multifocal en cinco y multicéntrica en dos. La sensibilidad y exactitud para detectar focos malignos fue de 42% y 64% para mastografía mas ultrasonido, mientras para imagen por resonancia magnética fue de 100% y 92% respectivamente, concluyendo que la resonancia magnética es la más sensible y tiene mayor exactitud para detectar tanto multicentricidad como multifocalidad en mujeres con cáncer de mama y parénquima mamario denso. (9)

Mamografía

La mamografía de detección sistemática no se debe confundir con la mamografía diagnóstica, que se realiza tras la detección de una anomalía palpable. La mamografía diagnóstica tiene como objetivo la evaluación del resto de la mama antes de que se realice la biopsia, y en ocasiones forma parte de la estrategia de la triple prueba para excluir una biopsia inmediata. Las alteraciones sutiles que se detectan al principio en la mamografía de detección sistemática deben evaluarse con cuidado mediante compresión o proyecciones amplificadas. Estas alteraciones son los grupos de microcalcificaciones, las zonas de densidad aumentada (en particular si tienen un patrón espiculado) y las zonas de distorsión de la arquitectura de reciente aparición o de agrandamiento progresivo. En algunas lesiones no palpables la ecografía puede ser útil para identificar los quistes o guiar la biopsia. Cuando no existe una lesión palpable y los estudios mamográficos detallados son inequívocamente benignos, se debe realizar un seguimiento sistemático apropiado para la edad de la paciente. Cuando en una lesión mamográfica no palpable existe un bajo índice de sospecha, es razonable realizar el seguimiento mediante mamografía a los tres a seis meses. El estudio diagnóstico de las lesiones indeterminadas y sospechosas ha aumentado en complejidad tras la aparición de la biopsia estereotáctica. (1)

Pruebas de detección sistemática

El cáncer de mama es exclusivo dentro del grupo de tumores epiteliales del adulto debido a que se ha demostrado que las pruebas para su detección sistemática (en forma de mamografías anuales) mejoran la supervivencia.

Los adelantos en la tecnología mamográfica, como la mamografía digital, la utilización sistemática de proyecciones con amplificación y una mayor experiencia en la interpretación mamográfica en combinación con las nuevas técnicas diagnósticas (resonancia magnética, espectroscopia con resonancia magnética, tomografía con emisión de positrones, etc.) pueden hacer que sea posible identificar el cáncer de mama con mayor fiabilidad y precocidad.⁽³⁾

Estadificación

La determinación correcta del estadio en los pacientes con cáncer de mama reviste una extraordinaria importancia. No sólo permite un pronóstico exacto, sino que en muchos casos la toma de decisiones terapéuticas se basa en gran medida en la clasificación TNM. Es necesario interpretar con cautela la comparación con series históricas, puesto que en los últimos 20 años se ha modificado la clasificación en estadios ⁽¹⁾

Estadificación del cáncer de mama

TUMOR PRIMARIO (T)

T0	Ausencia de signos de tumor primario
TIS	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor 2 cm
T1a	0.5 cm de diámetro máximo
T1b	>0.5 pero 1 cm de diámetro máximo
T1c	>1 cm pero 2 cm de diámetro máximo
T2	Tumor >2 cm pero 5 cm
T3	Tumor >5 cm
T4	Extensión a la pared torácica, inflamación, lesiones satélites, ulceraciones
T4a	Extensión a la pared torácica
T4b	Edema (incluyendo piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama o
.....	nódulos cutáneos satélite limitados a la misma mama
T4c	Ambos (T4a y T4b)
T4d	Carcinoma inflamatorio

GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)

N0 Ausencia de tumor en los ganglios regionales

N1 Metástasis en los ganglios homolaterales, móviles

N2 Metástasis en los ganglios homolaterales en conglomerado o fijos

N3 Metástasis en los ganglios mamaros internos homolaterales

METÁSTASIS A DISTANCIA (M)

M0 Ausencia de metástasis a distancia

M1 Metástasis a distancia (diseminación a los ganglios supraclaviculares homolaterales)

AGRUPACIÓN DE ESTADIOS

Estadio	0	TIS	N0	M0
Estadio	I	T1	N0	M0
Estadio	IIA	T0	N1	M0
		T1	N1	M0
		T2	N0	M0
Estadio	IIB	T2	N1	M0
		T3	N0	M0
Estadio	IIIA	T0	N2	M0
		T1	N2	M0
		T2	N2	M0
		T3	N1, N2	M0
Estadio	IIIB	T4	Cualquier N	M0
		Cualquier T	N3	M0
Estadio	IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

(3)

Debido a que este diagnóstico de enfermedad metastásica altera tan drásticamente la perspectiva del paciente, no debe hacerse sin una biopsia. Todo oncólogo ha visto pacientes con tuberculosis, litiasis biliar, hiperparatiroidismo primario u otra enfermedad no maligna diagnosticadas y tratadas erróneamente de cáncer de mama metastásico. Se trata de un error catastrófico que justifica realizar la biopsia en todas las pacientes en el momento de la sospecha inicial de la enfermedad metastásica. (3)

Complicaciones

Las complicaciones más peligrosas de la enfermedad metastásica, entre las cuales figura la fractura patológica del esqueleto axial y la compresión medular. La aparición de un dolor de espalda nuevo en los pacientes con cáncer debe explorarse de forma detallada y urgente; esperar a la aparición de síntomas neurológicos puede resultar catastrófico. También la afección metastásica de los órganos endocrinos puede provocar una profunda disfunción, como la insuficiencia suprarrenal y el hipopituitarismo. De forma similar, la obstrucción del árbol biliar u otra afección de la función de un órgano se puede aliviar mejor con tratamiento local que con una modalidad general.

TRATAMIENTO.

La selección de la quimioterapia u hormonoterapia complementaria adecuada es objeto de una intensa controversia en algunas situaciones. Los metaanálisis han ayudado a definir los límites generales del tratamiento, pero no permiten elegir pautas óptimas o seleccionar la pauta en ciertos subgrupos de pacientes. En general, las mujeres premenopáusicas en las cuales está indicada alguna forma de tratamiento general deberían recibir quimioterapia con multifarmacia. El tratamiento antiestrogénico (tamoxifén) mejora la supervivencia en las pacientes premenopáusicas con presencia de receptores de estrógenos en el tejido tumoral, y se debe administrar tras la finalización de la quimioterapia. También la castración profiláctica puede acompañarse de un beneficio sustancial en términos de supervivencia (3)

Los datos respecto a las mujeres posmenopáusicas son también controvertidos. El impacto de la quimioterapia complementaria es cuantitativamente menos en las mujeres premenopáusicas, aunque se ha demostrado cierta ventaja en la supervivencia. La primera decisión a tomar es la de si se debe administrar quimioterapia o tamoxifén. Si bien el tratamiento complementario con tamoxifén mejora la supervivencia, sea cual sea la situación ganglionar axilar, la mejoría es discreta en aquellas pacientes en las cuales están afectados muchos ganglios linfáticos. Por esta razón, lo habitual es administrar quimioterapia a las mujeres posmenopáusicas sin contraindicaciones médicas y con más de un ganglio linfático positivo; es frecuente administrar tamoxifén simultáneamente o después de la quimioterapia. En mujeres posmenopáusicas en las cuales está justificado el tratamiento general, pero cuyo pronóstico es más favorable, se puede utilizar el tamoxifén en forma de monoterapia. El raloxifén ha dado lugar a cifras similares en la prevención del cáncer de mama, pero puede producir efectos diferentes sobre el hueso y el corazón (21) La mayor parte de las comparaciones entre las pautas de quimioterapia complementaria muestran escasas diferencias entre ellas. Sin embargo, los protocolos que contienen doxorubicina parecen presentar ligeras ventajas. Una modalidad (denominada también quimioterapia neocomplementaria) implica administrar el tratamiento complementario antes de la cirugía y la radioterapia definitivas. Debido a que la tasa de respuesta objetiva de las pacientes con cáncer de mama al tratamiento general en esta situación supera un valor de 75%, muchas pacientes "son rebajadas de estadio", por lo cual pueden convertirse en candidatas al tratamiento conservador de la mama. (3)

Otros tratamientos complementarios que están siendo investigados comprenden la utilización de nuevos fármacos como paclitaxel y docetaxel y el tratamiento basado en modelos cinéticos y biológicos alternativos. En estos protocolos, se administran por separado, dosis altas de agentes en monoterapia en ciclos con intensidad de dosis relativamente alta. En un ensayo clínico aleatorizado y de gran tamaño efectuado en pacientes con metástasis ganglionares se sugiere que las pacientes tratadas con doxorubicina-ciclofosfamida durante cuatro ciclos, seguido de cuatro ciclos de paclitaxel, presentan una supervivencia considerablemente mejor que las tratadas únicamente con doxorubicina ciclofosfamida; este resultado no ha sido confirmado por otro estudio grande. (3)

Mastectomía: Es la mastectomía clásica, se extirpa toda la glándula mamaria, los dos músculos pectorales bajo la mama y todos los ganglios de la axila, el resultado estético es muy malo dado que se deja el tórax solamente cubierto por piel, sin músculos, la axila completamente disecada. La movilización del brazo es difícil en el postoperatorio y posiblemente el resto de la vida de la paciente. La mastectomía modificada fue un cambio positivo en la cirugía mamaria, se extirpa la glándula mamaria en su totalidad y se conserva el músculo pectoral mayor o los dos pectorales, se mantiene la disección axilar completa o dos niveles axilares.

El resultado de la mastectomía en el mejor de los casos es el de un pecho plano, como el de un hombre. Sin embargo la posibilidad de reconstrucción es posible, por lo que la mujer con mastectomía no está condenada para siempre a no tener una mama. (21)

Tratamiento general en la enfermedad metastásica

Casi 50% de las pacientes tratadas por cáncer de mama aparentemente circunscrito presentan metástasis. Si bien algunas de ellas pueden salvarse por combinaciones de

tratamiento general y local, la mayoría termina por sucumbir. Las metástasis en tejidos blandos, huesos y órganos sólidos (pulmón e hígado) son responsables cada una de ellas de 33% de las recidivas iniciales. Sin embargo, en el momento de la muerte la mayoría de las pacientes presenta afección ósea. Las recidivas pueden aparecer en cualquier momento después del tratamiento primario. De hecho, cerca de 50% de todas las recidivas iniciales de cáncer de mama se producen más de cinco años después del tratamiento inicial.⁽³⁾

La elección del tratamiento óptimo requiere la consideración de las necesidades de tratamiento local, de la situación médica global de la paciente y del estado de los receptores hormonales del tumor, y también requiere el juicio clínico. Debido a que el tratamiento de la enfermedad general es paliativo, es necesario ponderar la toxicidad potencial de los tratamientos y las tasas de respuesta. Un cierto número de variables influyen en la respuesta al tratamiento general. Por ejemplo, la presencia de receptores de estrógenos y de progesterona constituye indicaciones de mucho peso en favor de utilizar un tratamiento endocrino, debido a que la tasa de respuesta de los tumores que expresan ambos receptores se puede aproximar a 70%. Por otra parte, es improbable que las pacientes con un intervalo sin enfermedad de corta duración, con enfermedad visceral de rápido avance, con linfangitis pulmonar o con enfermedad intracraneal respondan al tratamiento endocrino. En muchos casos, se puede reservar el tratamiento general mientras la paciente recibe un tratamiento local apropiado. No está de más insistir en la eficacia de la radioterapia y ocasionalmente de la cirugía para aliviar los síntomas de las metástasis, ante todo cuando están implicadas localizaciones óseas.

Muchas pacientes con enfermedad ósea exclusiva o dominante tienen una evolución relativamente indolente. En estas circunstancias, la quimioterapia general tiene un efecto discreto, mientras que la radioterapia puede ser eficaz durante largos períodos. Otros

tratamientos generales, como el estroncio-89 con o sin bisfosfonatos pueden aportar beneficios paliativos sin inducir una respuesta objetiva. La mayoría de los pacientes con enfermedad metastásica y ciertamente todos los que presentan afección ósea deben recibir bisfosfonatos de manera simultánea. (3)

Quimioterapia

A diferencia de otros tumores malignos de origen epitelial, el cáncer de mama responde a varios agentes quimioterapéuticos como las antraciclinas, los agentes alquilantes, los taxanos y los antimetabolitos. Se han encontrado múltiples combinaciones de estos agentes que mejoran hasta cierto punto las tasas de respuesta, como el empleo de ciclofosfamida, metotrexato y fluorouracilo (protocolos CMF) pueden responder más tarde a la misma combinación en un contexto de enfermedad metastásica. Una vez que las pacientes progresan después de un tratamiento con poliquimioterapia, lo más frecuente es continuar tratándolas con monoterapia. Dada la importante toxicidad de gran parte de los fármacos, el uso de un único agente minimiza este efecto y evita a la paciente la exposición a fármacos que tendrían escaso valor. La mayoría de los oncólogos utiliza una antraciclina o paclitaxel tras el fracaso de la pauta inicial. Sin embargo, la elección debe equilibrarse con las necesidades individuales. El uso de un anticuerpo humanizado frente a *erbB2* (trastuzumab [Herceptina]) combinado con paclitaxel puede mejorar la tasa de respuesta y la supervivencia en las mujeres cuyos tumores metastásicos expresan cantidades excesivas de *erbB2*.

La magnitud del incremento de la supervivencia es escasa en las pacientes con enfermedad metastásica. En los últimos años ha surgido un grupo de agentes más modernos que son útiles para inducir respuestas objetivas en pacientes previamente tratados, entre ellos gemcitabina, capecitabina, navelbina y etopósido por vía oral. (3)

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte por tumores cancerígenos en todas las regiones del mundo en vías de desarrollo y ataca a muchas mujeres durante su etapa reproductiva.

A pesar de los siglos el cáncer de mama es una de las enfermedades humanas más temibles. La historia de los esfuerzos para afrontar el cáncer de mama es compleja y todavía no se alcanza una conclusión satisfactoria como en las enfermedades en que la causa y la curación se conocen. Sin embargo se lograron adelantos para disminuir las alteraciones que antes presentaban en el cuerpo y la psiquis de las personas que padecían cáncer de mama. (1)

El papiro quirúrgico de Smith (3000 a 2500.c.) es el primer documento conocido que se refiere al cáncer de mama. Aunque el cáncer se presentó en un varón, la descripción incluye la mayor parte de las características clínicas frecuentes. En *De Medicina* Celso comentó el valor de las operaciones para el cáncer de mama temprano “Ninguno de estos puede extirparse excepto los cacoethes (cáncer temprano), el resto se irrita con cualquier método de curación. Cuando más violenta es la operación, con mayor crecen”(1)

En el siglo II, Galeno escribió su observación clínica clásica: “Con frecuencia observamos en la mama un tumor que semeja con exactitud al cangrejo. Así como el cangrejo tiene sus patas en ambos lados de su cuerpo, también en esta enfermedad las venas que se extienden

fuera del crecimiento no natural toman la forma de las patas de este animal. A menudo hemos curado esta enfermedad en sus etapas tempranas, pero una vez que alcance un tamaño grande nadie lo ha hecho. En todas las operaciones intentamos extirpar el tumor en el circulo en el que colinda con el tejido sano”.

Las teorías defendidas por Galeno dominaron hasta el Renacimiento. A partir de Morgagni se efectuaron con mayor frecuencia resecciones quirúrgicas, inclusive algunos intentos iniciales de mastectomía y disección axila. Le Dran repudio la teoría humoral de Galeno en el siglo XVII y afirmo que el cáncer de mama es una enfermedad local que se disemina por los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos axilares. Cuando operaba a una mujer con cáncer de mama, extirpaba de manera rutinaria cualquier ganglio linfático axilar crecido. En el siglo XIX Moore, del Middlesex hospital, de Londres, enfatizo la resección completa de la mama por cáncer y afirmo que también debían extirparse todos los ganglios linfáticos axilares palpables. En una presentación de ante la British Medical Association realizada en 1877, Banks apoyo los conceptos de Moore. Halsted y Meyer publicaron sus operaciones para el tratamiento del cáncer de mama en 1894.

En 1943, Hagensen y Stout describieron signos graves del cáncer de mama que incluyeron; 1) edema de la piel de mama, 2) ulceración de la piel, 3) fijación a la pared torácica, 4) un ganglio linfático mayor de 2.5 cm de diámetro y 5) ganglios linfáticos axilares fijos. Con base en estos hallazgos declararon que las mujeres con signos graves ya no podían curarse mediante la intervención quirúrgica radical. Con base en estos criterios de inoperabilidad se excluyo de la operación a cerca de 25% de las mujeres. (1)

En 1970 se dio una se dio una transición de la mastografía radical de Halsted a la mastectomía radical modificada, esta transición reconoció que: 1) no era esencial extirpar el musculo pectoral mayor para el control local y regional del cáncer de mama en etapas I y II, 2) ni la mastectomía radical modificada ni la mastectomía radical de Halsted lograban de modo constante el control local y regional del cáncer de mama en etapa III. (1)

Fisher en 1985 comparo los tratamientos locales y regionales del cáncer de mama. Se obtuvieron estimaciones del cuadro de vida de las 1665 mujeres que se incluyeron y siguieron por una media de 120 meses. Este estudio se distribuyeron al azar a mujeres con ganglios clínicamente negativos en tres grupos: 1) mastectomía radical de Halsted (MR) 2) mastectomía total aunada a radioterapia (MR mas RT) 3) mastectomía total sola (MT). Las mujeres con ganglios con positividad clínica se trataron mediante MR o MT más RT. No observaron diferencias en la supervivencia entre los tres grupos con ganglios negativos en entre los grupos de mujeres con ganglios positivos (1)

EPIDEMIOLOGIA.

Hasta 5% de la carga de la enfermedad en el mundo se relaciona con los tumores malignos. En los países ricos, esta cifra se eleva a 14.6% y disminuye a 2.2% en los pobres. La diferente carga atribuible a los tumores malignos se vincula con dos aspectos; por un lado, el riesgo de morir por estas causas en los países ricos es 2.4 veces mayor que en los países pobres y de ingresos medios, lo cual se refleja en un mayor número de años de vida perdidos por muerte prematura por otras causas y, por el otro, se observa una diferencia significativa en la contribución de los años vividos con discapacidad. Mientras que en los

países ricos la carga de los tumores malignos relacionada con discapacidad es de 11.5%, en las naciones pobres es de sólo 2.6% (5)

En el caso del cáncer de mama (Ca Ma), la situación es similar. En el mundo, alrededor de 1% de la carga de la enfermedad en las mujeres se vincula con esta causa y varía de 3.2% en los países ricos a 0.4% en los pobres. En América Latina, los años de vida saludable (AVISA) perdidos debidos al Cáncer Mama ascienden a 615 000, lo cual representa 1.4% del total de AVISA por todas las causas y una tasa de 221 por 100 000 mujeres. De ese total, 91% corresponde a años perdidos por muerte prematura y 9% a años vividos con discapacidad. En contraste, en Estados Unidos y Canadá se pierden 673 000 AVISA (3% del total y una tasa de 410 por 100 000 mujeres), pero 71% se debe a muertes prematuras y 29% a discapacidad. El riesgo de perder un año por muerte prematura por Cáncer de mama es 1.4

Veces mayor para las mujeres de Norteamérica; cuando se refiere a años de vida con discapacidad, el riesgo es 6.3 veces mayor (5)

En los últimos años se ha documentado la importancia que el entorno social juega en la determinación de la enfermedad, así como en las variaciones de la incidencia entre diferentes áreas geográficas. Estudios sobre migrantes de países asiáticos a Estados Unidos de América o de mujeres de Polonia a Australia, (6,7,8) El incremento del riesgo de padecer o morir por esta causa en países pobres y de ingresos medios se vincula con cambios en los patrones reproductivos y nutricionales, además de la disminución de la fecundidad, los cambios en los estilos de vida y las condiciones de trabajo de las mujeres. (7, 8,9)

Cada año se diagnostican alrededor de 10 millones de casos de tumores malignos en hombres y mujeres en todo el mundo. De los casi 6 millones de tumores malignos que ocurrieron en las mujeres en el año 2007, el Cáncer Mama se ubicó en el primer lugar con 1.3 millones, 27% de ellos en países desarrollados y 19% en países en desarrollo ⁽¹⁰⁾

El incremento del número de casos nuevos entre 2002 y 2007 en los países en desarrollo fue dos veces mayor que el observado en los países desarrollados. ⁽¹¹⁾En el 2005, los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte en México, 63 128 personas fallecieron por éstos, el volumen representa 12.7% del total de las defunciones registradas. En las mujeres, 13.3% de las defunciones por tumores malignos corresponden al del cuello del Útero (cérvicouterino) y 13.1% más al de mama. ⁽¹²⁾

En México se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en 2006 y la segunda causa de muerte por todas las enfermedades en mujeres de 30 a 64 años. ^(12, 13)

Familia como sistemas

La familia es un grupo primario, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en el mismo, por eso, no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses, y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son: subsistema conyugal, subsistema paterno-filial, y subsistema fraterno.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. (22)

La familia comienza con la unión de la pareja, en muchos casos por medio del matrimonio, y tras un cierto periodo dependiendo del número de hijos, su crecimiento se reduce de nuevo a la pareja inicial, con la cual se cierra el ciclo.

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros esta en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas a su vez por varias fases.

La etapa constitutiva de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos.

Uno de los principales ideales depende de que cada uno de los cónyuges esté bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de su familia para formar su propio hogar. En esta etapa la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión matrimonial mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus respectivos padres. (22)

En la etapa procreativa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por adopción de los hijos e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años. Corresponde al periodo en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres; en ella ocurre la consolidación de la familia y se inicia la apertura hacia el exterior.

La etapa de dispersión comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos. Una de las tareas de los padres en esta etapa es facilitar la independencia de sus hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su propio grupo social. En tanto, la pareja debe ser

capaz de ajustarse al final del periodo parental mientras que sus hijos, ahora adultos, dan lugar a la formación de nuevas familias.

Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para los esposos el aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa. En esta etapa comprende dos fases; la de independencia en que la pareja nuevamente sola debe llevar a cabo el ajuste final del papel de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia y la de disolución, en la cual la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos, y demás miembros de la familia residual; la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez, el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas como el continuar viviendo solo, casarse, mudarse al hogar de alguno de sus hijos o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas. (22)

Conceptos Evolutivos (Haley, 1981)

La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos; nido vacío).

La importancia de las nociones evolutivas en Teoría Familiar Sistémica no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en las crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

Conceptos Estructurales

Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

Un elemento de fundamental importancia en el análisis de la estructura familiar es el denominado principio estructural el que según Laslett, reside en el lazo conyugal. Para que se integre una familia simple son necesarios por lo menos dos individuos relacionados por ese vínculo. (23)

Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

Los límites difusos caracterizan a las familias aglutinadas; los límites rígidos caracterizan a las familias desligadas. Las familias aglutinadas no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros. Las características generales de las familias aglutinadas son: (a) exagerado sentido de pertenencia; (b) ausencia o pérdida de autonomía personal; (c) poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía; (d) frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/afectivo en los niños; (e) todos sufren cuando un miembro sufre; (f) el estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia. Las familias desligadas se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Comparten muy pocas cosas y, por

lo tanto, tienen muy poco en común. Las características generales de las familias desligadas son: (a) exagerado sentido de independencia; (b) ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia; (c) no piden ayuda cuando la necesitan; (d) toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros; (e) el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás, (f) bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.

Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interraccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia. (22)

La Familia desde la Óptica Sistémica:

Por lo referido, la familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfo genéticos. (24)

Conceptos Comunicacionales (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967)

Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.

En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico): Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.

La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto.

Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos. (24)(25)

La evaluación de comunicación conyugal en un estudio realizado en Bogotá en paciente con cáncer cervicouterino develo la importancia de la misma para efectos de problemática que se pretende analizar en un evento en crisis como enfrentarse a una enfermedad grave. Implican diversos aspectos que impactan la comunicación, así mismo, las características de la comunicación influyen en la forma de asumir y afrontar dicha situación.

Demostrando así que aquellas parejas con buena comunicación fueron más fuertes y lograron afrontar el proceso de una mejor manera, y en aquellas parejas con dificultades

previas al diagnóstico, perpetuaban su diferencia a pesar de la situación, haciendo más conflictiva la vida en pareja de la paciente cuando se suman nuevos problemas (26)

Adjudicación de roles

La sociedad moderna se caracteriza por un gran dinamismo y una sobrecarga de roles sobre las personas; para garantizar un buen ajuste de la pareja se requiere de una mayor flexibilidad de los roles de género en los que tanto hombres como mujeres desempeñan funciones de proveedores y cuidadores indistintamente. El trabajo fuera del hogar, además de ser una fuente de reafirmación personal para muchas mujeres es, en la mayoría de los casos, una necesidad para que la familia pueda mantener los estándares de la vida de la clase media.

Lo anterior nos permite afirmar que la vida en pareja permite a las personas compartir tareas de algunos de los roles que tienen que desempeñar, en especial aquellos referidos al mantenimiento económico de hogar, la crianza y educación de los hijos y las labores del hogar, lo que provoca una menor sobrecarga de funciones en cada integrante de la familia.(27)

Satisfacción sexual

Las relaciones íntimas son quizá la fuerza más importante en el desarrollo humano. La calidad de las relaciones personales cercanas puede promover o obstaculizar la salud psicológica y física, así como la manera en que la persona se percibe así misma. El desarrollo de la intimidad está influido por mitos y creencias sobre el amor que posee cada uno de sus miembros. En algunas parejas ambos integrantes logran un grado de intimidad caracterizado por la confianza mutua, pocos secretos y el compartir con agrado una gran cantidad de actividades; otras no lo logran desarrollar intimidad por lo que su relación prevalecerán los secretos y la desconfianza.

No todas las personas alcanzan el mismo grado de intimidad en sus relaciones de pareja, pero aun así en ahí es donde la mayor parte de las personas encuentran mayor contacto con otro ser humano. (27)

Afecto

En la mayor parte de los casos la relación de pareja contribuye a la felicidad y el desarrollo personal de sus integrantes. En un estudio realizado con mujeres mexicanas (Pierucci y Pinzon, 2003) se encontró que las que cuentan con una relación de pareja reportan mayor bienestar psicológico, mayor auto aceptación, mejores relaciones interpersonales y en general un mejor funcionamiento psicológico que en las que se encuentran separadas.

Indudablemente la pareja ayuda al individuo a satisfacer importantes necesidades en el plano afectivo, algunas se relacionan con elementos narcistas ya que el “objeto del amor” contribuye por lo general al incremento de la autoestima. Tenemos que tener presente que la pareja no puede ser el único medio para satisfacer las necesidades. Existen personas esperando que su pareja satisfaga todas sus necesidades en el terreno afectivo, creativo e imaginario dándose cuenta tarde que temprano que su pareja es incapaz de satisfacer y cumplir tales expectativas, por lo tanto a mayor distancia entre los ideales y lo real mayor insatisfacción en la relación de pareja.(27) Toda la relación amorosa hay crisis, y también puede observarse como estas van aparentadas a ciertas fases del ciclo vital, en estas fases del ciclo vital se presentan dificultades o crisis que son una oportunidad de hacer cambios, de crecer, de transformarse. En estas etapas de desequilibrio de la pareja o uno de ellos puede percibir que el vínculo afectivo que existía se rompe pierde consistencia o desaparece. (28)

En un estudio realizado en mujeres cubanas con cáncer de mama se encontró que la reacción de la pareja era un factor determinante de gran importancia para la vida afectiva y adecuación sexual. Algunas presentaron resistencia a la aproximación y rechazo de su compañero como respuesta a los resultados adversos de la cirugía y tratamiento, sin embargo todas las pacientes reconocieron la importancia de su pareja como fuente de apoyo en la recuperación de su enfermedad(29)

INSTRUMENTO DEL DOCTOR VICTOR CHAVEZ AGUILAR

El instrumento para evaluar el subsistema conyugal creado por el Doctor Víctor Chávez Aguilar aplicado en la pareja, se emplea desde 1996 en el Instituto Mexicano del Seguro Social única y exclusivamente a la pareja el cual evalúa cinco funciones básicas con el propósito de evaluar a posible disfunción conyugal.

1. Función de comunicación. A considerar para su evaluación son comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

Esta función debe ser evaluada a través de las pautas de comunicación establecidas y predominantes en la pareja:

- Que es clara, es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que dice.
- Que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar alguno otro integrante de la familia, lo que en patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada “te lo dijo chana para que entiendas Juana.
- Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. Adquiere mucha importancia los gestos actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice mas no haciendo nada pero tomando una actitud de rechazo o indiferencia

2.-Función de adjudicación y asunción de roles.

Las características que deben de evaluarse de esta función son:

- a) congruencia. La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones de cónyuge.
- b) satisfacción. Implica que el ejecutar una función debe brindar al que realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como aceptado.
- c) flexibilidad. Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien roles para valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sea domesticas o de índoles laboral.

3.- Función de satisfacción sexual.

En virtud de lo amplio de esta función se propone evaluar dos rubros:

- a) la frecuencia de la actividad sexual: debe de investigarse con el objetivo de establecer si o existen demanda injustificada de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.
- b) satisfacción, considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria.

4.- Función de afecto.

Esta función debe se evalúa a través de la manifestaciones o expresiones de afecto. Para unas parejas pueden ser suficientes un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben de ser contantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores para evaluar esta función como son:

Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo como pueden ser abrazos, besos caricias y general todo tipo de contacto físico entre pareja.

Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasa juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.

Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los conyugues esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extra hogar

5.- Función de toma de decisiones la toma de decisiones Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.

Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A través de la historia, en sus diferentes épocas y culturas, una de las enfermedades que ha aparecido como un fantasma y que ronda en todas las sociedades es el cáncer, posicionándose como un problema psicosocial que no solamente involucra a la persona afectada; sino también a su entorno familiar y social quienes acompañan al paciente en su lucha constante contra la enfermedad, pero es poco o nada lo que se puede realizar a nivel de intervención psicológica a pesar de existir estudios que muestran la necesidad de ayuda emocional para dichos pacientes. Para los profesionales de la salud es difícil discriminar de una manera clara o concisa cuáles son los factores psicológicos que intervienen de forma negativa en un paciente con cáncer de mama, ello es determinante, pues cabe precisar que el paciente al atravesar por una situación de tal envergadura interpreta a la enfermedad como un elemento que interfiere en sus actividades y relaciones interpersonales.

Hasta hace unos años, las mujeres con cáncer de mama se enfrentaban solas a los problemas derivados de la enfermedad que afectan 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. 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. La pareja es el ámbito donde la mayoría de las personas pueden gratificar sus más variadas necesidades. La protección afectiva de la pareja da fuerza para sobrevivir a la implacable exigencia del mundo exterior al igual que cuando la mujer enfrenta cáncer de mama. El clima de confianza y seguridad en la pareja es un crisol donde las inevitables diferencias y desacuerdos se pueden transformar en un estímulo para crecer y desarrollarse. Cuando los miembros de la pareja se sienten protegidos en ella,

cuentan con el mejor antídoto para contrarrestar la tensión y sufrimiento que esta patología representa.

Cada relación se pone a prueba con el Cáncer de mama. No hay dudas de que la enfermedad ocasiona una gran cantidad de estrés a cada miembro de la relación. Al igual que su recuperación de los efectos físicos del cáncer de mama, su relación probablemente se esté recuperando de los efectos emocionales de la enfermedad. Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta

**¿COMO SE ENCUENTRA LA RELACION CONYUGAL EN LA MUJER CON
CANCER DE MAMA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 60 DE
NAVA COAHUILA?**

JUSTIFICACION

El cáncer de mama representa a nivel mundial la primera causa de tumor maligno en las mujeres, de igual forma en México ocupa la primera causa de tumor maligno en la mujer y segunda causa de muerte de todas las patologías de la mujer. Coahuila ocupa el quinto lugar en incidencia a nivel nacional de cáncer de mama

En la Unidad de medicina familiar No 60 de Nava, Coahuila; se cuenta con una población adscrita de 2774 mujeres entre los 35 a 65 años de edad, de acuerdo al Sistema de Información de Atención Integral de la Salud. De ellas el 0.61% padecen cáncer de mama.

Al analizar el subsistema conyugal facilita la visualización integral de funcionalidad conyugal en cinco dimensiones ; comunicación , adjudicación de roles, afecto satisfacción sexual, y toma de decisiones y permite establecer diversa hipótesis acerca de la funcionalidad conyugal con base en las relaciones interpersonales de sus miembros

El cáncer de mama es uno de los cánceres que más afecta a las mujeres y que a pesar de la enfermedad letal que es hoy por hoy se han logrado varios avances que permiten la sobrevivencia de cantidad de pacientes que ha presentado la enfermedad, es importante ahondar a través de un estudio las relaciones interpersonales específicamente las problemáticas de la pareja. Al realizar investigación sobre el tema de funcionalidad conyugal se contribuye a la salud mental de las pacientes y en el equilibrio de la familia como eje fundamental de la sociedad evitando el aumento de separaciones a causa de dificultades y crisis por la ya mencionada enfermedad.

Partiendo del hecho de que la salud y la enfermedad se genera en la familia, el papel del médico familiar como experto en la atención integral, deberá identificar oportunamente a la mujer disfunciones conyugales para superar adecuadamente esta etapa.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

ANALIZAREMOS LA RELACION CONYUGAL EN LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA, ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 60 DE NAVA, COAHUILA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Identificar la comunicación en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 60 Nava Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

2.- Analizar la función de la Adjudicación y Asunción de Roles en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 60 Nava Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

3.- Analizaremos la función de la Satisfacción Sexual en la relación conyugal de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 60 Nava Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

4.- Determinar la función de el Afecto en la relación conyugal de las mujeres con diagnostico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 60 Nava Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

5.- Identificar la función de la Toma de decisiones en la relación conyugal de las mujeres con diagnostico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 60 Nava Coahuila, a través del instrumento de evaluación de Chávez Aguilar.

TIPO DE ESTUDIO:

DESCRIPTIVO

RETROSPECTIVO

TRANSVERSAL

MATERIAL Y METODOS

Se realizara un estudio observacional , retrospectivo , transversal y descriptivo, y se incluirá a todas las mujeres con cáncer de mama de acuerdo al sistema de información de Medicina Familiar del instituto Mexicano del Seguro Social # 60 de Nava Coahuila , Casos detectados desde Enero 2005 hasta Marzo 2013. En el 100 % de la muestra en pacientes que cumplieron con los siguientes criterios.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Pacientes con adscripción en la UMF # 60 Nava Coahuila

Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social

Estado civil indistinto

Toda mujer con diagnostico confirmado de cáncer de mama

Estadio de la enfermedad indistinto sin importar la duración de las mismas

Criterios de exclusión: _

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Pacientes con retraso mental psíquico cualquier alteración psíquica orgánica que afecta el juicio o contacto con la realidad

Criterios de eliminación:

Pacientes que fallezcan durante el estudio

Pacientes que emigren a otra ciudad durante su estudio

VARIABLES A RECOLECTAR.

Variable Independiente CANCER DE MAMA.

Definición conceptual: El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama (3) El cáncer de mama humano es una enfermedad clonal; una célula individual transformada (el producto de una serie de mutaciones somáticas [adquiridas] o de línea germinal) acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. (1) En consecuencia, el cáncer de mama puede existir por un período largo (1) Cáncer: tumor maligno en general, que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis. (4)

El cáncer de mama es una enfermedad degenerativa multifactorial que ocurre en mujeres de 35 a 55 años.

Definición Operativa: Algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen y en otros órganos.

TIPO DE VARIABLE. CUALITATIVA

ESCALA DE MEDICION:

- 1.- CON SINTOMAS
- 2.- SIN SINTOMAS

VARIABLE DEPENDIENTE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

DEFINICION CONCEPTUAL

FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Es la capacidad de la familia para superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Subsistema conyugal, el formado por la pareja. Es el eje en torno al cual se forman todas las relaciones. Con el subsistema conyugal comienza y termina la familia, y lleva implícitos tareas de complementariedad y de acomodación mutua, en los que cada miembro debe adaptarse para formar una identidad en pareja, un "nosotros" que va más allá del "tú" y "yo". (Es el "uno más uno son tres" que menciona Phillippe Caillé, haciendo clara referencia a la pareja como argumento singular claramente diferenciado de las dos personas que la forman, como un ser vivo que teje su propia historia). Variable Operacional.- Posee funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia, como son el brindarse apoyo y seguridad, mostrarse afecto y tener relaciones sexuales satisfactorias.

DEFINICION OPERATIVA; Se utilizara un cuestionario para saber con que frecuencia se presenta la sintomatología propia del Cáncer de Mama.

TIPO DE VARIABLE; CUALITATIVA

ESCALA DE MEDICION;

1 FUNCIONAL

2 DISFUNCIONAL

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

Una vez detectados las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicara la historia clínica familiar y aplicación del instrumento del subsistema conyugal que valorara a través de una escala cuali-cuantitativa que es el instrumento de **Dr. Víctor Chávez Aguilar** el cual mide la comunicación, afecto, adjudicación de roles, satisfacción sexual y toma de decisiones en la pareja, dando un valor de 0, 5, y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta, realizando la sumatoria de los puntos y comparándola con una escala preestablecida con un valor de 0 a 40 puntos, hablan de parejas gravemente disfuncional, valor entre 41 a 70 puntos de parejas moderadamente disfuncional y con más de 70 puntos de parejas consideradas funcionales. Se aplicara en la Unidad de Medicina Familiar 60 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Nava, Coahuila.

Los resultados obtenidos se analizaran por el mismo personal médico colaborador, graficándose los resultados en forma porcentual mediante el paquete de Office Excel

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio se realizo de acuerdo a los criterios establecidos en la ética profesional medica, no incurrió en ninguna falta de daño físico o moral hacia los pacientes o la familia de estos, ya que la información obtenida se manejo en forma confidencial y se dio a conocer en los foros de investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, requirió de la autorización de un Consentimiento Informado que invariablemente fue recabado antes de la aplicación de la entrevista entre todos los pacientes evaluados cuidando la discrecionalidad y la no discriminación así como la evitación de ofensas e injurias que pudieran lesionar su integridad física o moral, cumpliendo con esto los lineamientos de la Ley General de Salud así como las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos

RESULTADOS

La comunicación en esta función debe ser evaluada a través de las pautas de comunicación establecidas y predominantes en la pareja:

Que es clara, es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que dice.

Que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar alguno otro integrante de la familia, lo que en patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada “te lo dijo chana para que entiendas Juana.

Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. Adquiere mucha importancia los gestos actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice mas no haciendo nada pero tomando una actitud de rechazo o indiferencia.

En el presente estudio en la comunicación directa el 68 % se obtuvo una comunicación clara y directa la cual consiste en la transmisión de mensajes verbales de persona a persona, la pareja de cónyuges emiten mensajes del uno a al otro de forma clara y directa, como las manifestaciones o síntomas del Cáncer de Mama que ocasionan cada uno de ellos como por ejemplo en la mayoría en los cambios emocionales y de ánimo se manifestaron directamente en ambos sentidos con el malestar que se presenta dicho síntoma en los miembros de la pareja.

En el presente estudio se obtuvo que la manifestación de los síntomas se manifiestan en un 62 % ocasionalmente claros las molestias de dicho trastorno, con el impacto que se manifiesta en la pareja, lo que ocasiona manifestaciones de incomodidad o desacuerdo en la pareja ya que los síntomas no son conocidos de manera clara en la pareja.

En dicho estudio solo el 52% de las encuestas se emiten manifestaciones de congruencia en la comunicación analógica y verbal lo que quiere decir que los cónyuges en la mitad de las veces no son congruentes en las manifestaciones verbales y corporales o analógicas de lo que quieren dar a entender con los mensajes hablados causando problemas en la relación de pareja.

Función de adjudicación y asunción de roles

Las características que deben de evaluarse de esta función son:

- a) congruencia. La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones de cónyuge.
- b) satisfacción. Implica que el ejecutar una función debe brindar al que realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como aceptado.
- c) flexibilidad. Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien roles para valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sea domésticas o de índoles laboral.

En el presente estudio se obtuvo como resultado que el 52% ocasional de las parejas se cumplen con la adjudicación de roles que quiere decir que en la mitad de los casos no cumplen con los roles que le a emitido y adjudicado su pareja, causando impacto consecuente en la relación de pareja.

En el presente estudio se obtuvo que el 32 % siempre los cónyuges cumplen con el papel o rol asignado por su pareja de manera satisfactoria provocando lo anterior estado de satisfacción conyugal para el beneficio conyugal de la pareja. Y un 60 % ocasionalmente cumplen con el rol asignado.

En este estudio se obtuvo que en el 44 % ocasionalmente se intercambian los roles lo que quiere decir que cada quien cumple o juega un papel descrito en la relación de pareja lo que nos habla de rigidez o de un papel predeterminado en la determinación en el interjuego de roles.

Función de satisfacción sexual

En virtud de lo amplio de esta función se propone evaluar dos rubros:

a) la frecuencia de la actividad sexual: debe de investigarse con el objetivo de establecer si o existen demanda injustificada de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.

b) satisfacción, considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria.

La sexualidad es un elemento constitutivo en la pareja, y en este estudio obtuvimos que en un 60 % ocasionalmente existe una satisfacción sexual en el número de frecuencia en las relaciones sexuales por semana, lo que es demasiado alto el porcentaje lo que ocasiona problemas en la relación de la pareja

Obtuvimos un resultado impactante que en el 60 % de las parejas ocasionalmente y nunca existe una calidad en la relación sexual lo que conlleva a las manifestaciones de insatisfacción en la vida de pareja.

Función de afecto

Esta función debe evaluarse a través de las manifestaciones o expresiones de afecto. Para unas parejas pueden ser suficientes un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben de ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores para evaluar esta función como son:

Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo como pueden ser abrazos, besos caricias y general todo tipo de contacto físico entre pareja.

Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasa juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.

Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los conyugues esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extra hogar.

Obtuvimos que en un 48% casi en la mitad de los casos hay manifestaciones físicas de afecto lo que quiere decir que hay contacto físico del uno con el otro, como son abrazos caricias apapachos y tocamientos lo que quiere decir que en el canal emocional de transmisión de afecto se aterriza de una manera positiva en la menos de la mitad de los pacientes estudiados, en contraste el 52 % de las parejas estudiadas de una manera impactante se vio que no se manifiestan el afecto de una manera física sino que hay un aislamiento corporal hacia ellos mismos.

De una manera impactante en un 78% se vio que ocasionalmente y nunca no hay tiempo gratificante lo que quiere decir que el alto porcentaje de las parejas al momento de estar juntos el tiempo es insatisfactorio y negativo y no gratificante para la individualidad y la relación conyugal y que solamente en un 22 % siempre el tiempo que pasa la pareja hay felicidad.

De manera impactante también solamente la mitad de los casos existe un interés por el desarrollo y superación de la pareja lo que quiere decir que en la otra mitad, la pareja no se apoya para la preparación, superación personal y profesional de la misma, lo que conlleva a la frustración y disfuncionalidad y en el no cumplimiento de las metas personales.

De manera impactante en la mitad de los casos estudiados los conyuges perciben que son amados y queridos por su pareja que tiene que ver con las manifestaciones de afecto, comunicación y sexualidad que mejoran la relación de pareja en contraste en la otra mitad de los cónyuges no perciben ser queridos y amados x su pareja dados en el afecto, comunicación y sexualidad ya estudiados, no cumpliéndose así los vectores para producir felicidad y sensación de amor para la pareja.

Función de toma de decisiones la toma de decisiones Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento coparticipación e interés.

Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.

De manera muy importante se vio que en el 70% de las parejas estudiados de una manera ocasional y nunca la toma de decisiones en el aspecto de la pareja y la familia, no son en forma conjunta, lo que quiere decir que cada quien toma una decisión propia, personal y a libre albedrío y solamente en un 30 % la toma de decisiones se toma de forma conjunta.

DISCUSION

En el presente estudio de la relación conyugal de la mujer con cáncer de mama realizado en la Unidad de Medicina Familiar 60 de Nava, Coahuila, utilizando el Instrumento del Doctor Víctor Chávez Aguilar, se encontró que la mayoría de las parejas con Cancer de Mama se encuentran con disfunción familiar severa.

Aunque los resultados obtenidos difieren de lo ya reportado previamente considero que la mujer con Cáncer de Mama enfrenta una crisis condicionada por el desgaste orgánico, y esto aunado a la disfunción familiar severa en la que se encuentra la familia creo que esto aumenta considerablemente la sintomatología de manera importante en el Cáncer de Mama y en la relación conyugal.

Este Instrumento del Doctor Víctor Chávez Aguilar demostró que un porcentaje muy alto hay disfunción familiar severa en donde se ve notablemente afectado el afecto, la comunicación, la sexualidad, la adjudicación y asunción de roles y la tome de decisiones en la familia

CONCLUSIONES

Resumiendo de mis resultados obtenidos quiero dejar en claro que en estas 17 parejas estudiadas con Cáncer de Mama según la población de mi unidad de adscripción en un 68 % de las parejas existe comunicación directa que de una manera frente a frente se expresan los mensajes con relación al cuadro clínico o los síntomas predominantes del Cáncer de Mama, así mismo en un 62 % nada mas de manera ocasional se emiten mensajes claros en relación a la sintomatología cáncer de Mama y ocasionalmente de una manera congruente se da a conocer a través de mensaje explícito de una manera analógica y verbal; y en la mitad de los casos se cumplen de una manera ocasional los roles asignados por el cónyuge, siendo de forma insatisfactoria los roles asignados o asumidos, siendo ocasionalmente el intercambio de roles en la pareja lo que conlleva a una insatisfacción en el papel adjudicado en el Cáncer de mama en cada uno de los cónyuges, conllevando así mismo a una insatisfacción sexual en la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales, asimismo solamente en la mitad de los casos existe emotividad de afecto en los cónyuges siendo la toma de decisiones en la mitad de los casos de una manera ocasional, lo que quiere decir que la toma de decisiones se toma de forma personal, dando como diagnóstico según el instrumento de Chávez Aguilar en las parejas estudiadas una disfunción severa.

BIBLIOGRAFIA.

- 01.- Charles Brunicardi, Md., F.A.C.S Shuwartz PRINCIPIOS DE CIRUGIA 8va edición. Vol. 1 pág. 453 – 500.
- 02.- Organización Mundial de la Salud 2009. On line
- 03.-DennisL, Kasper Eugene Brauwald, Anthony S. Fauci, Stephen L Hauser, Dan L, Longo J. Larry Jamenson y Kurt J Isselbacher, Eds HARRISON Principios de Medicina Interna 16 edicion Online
- 04.-Norma Oficial Mexicana Nom-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnostico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama
- 05.-The global burnen of diseases 2004. Update.Geneva:World Health Organization, 2008. Disponible en: http://www.int/healthionfo/global_burden_disease/estimates_disease/estimates_regional/en/index.html.
- 06.-Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. Breast Cancer Res 2004;6:229-239
- 07.-Ziegler R, Hoover R, Pike M, Hildesheim A, Nomurtl A, West DW, et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women, J Natl Cancer Inst 1993; 85:1819-1827
- 08.- Lopez-Rios O, Lazcano- Ponce EC, Tovar-Guzman V, Hernandez- Avila M. La epidemia de cáncer de mama en Mexico: ¿consecuencia de la transición demográfica? Salud Publica 1997; 39 259-265
- 09.- Morimoto T, Nagao T, Okazajy Kira, Nakagawa Y, Tangoku A. Current status of breast cancer in the world. Jap Breast Can Soc 2009;16:2-9

- 10- Garcia M, Jemal A, Ward E, Center M, Hao Y, Siegel R, et al. Global cancer facts and figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007.
- 11.-Lozano Rafael - Ascencio, md, Tendencias el Cáncer de mama en América Latina y el Caribe salud publica mex, vol 51 supl-2 2009 internet
- 12.- INEGI. Estadísticas Demográficas 2005. Edición 2006.INEGI. Serie Estadísticas Vitales. Edición 2005 [http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/ espanol/ prensa/ default .asp? c=269&e=](http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=), en el portal del Instituto: www.inegi.gob.mx.
- 13.-Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola- Ornelas H, Langer A, freak J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority Reprob health Matters 2008; 16)32): 1-11
- 14.- Guyton A, Tratado de Fisiología Medica
- 15.- Rodríguez S Carpunso M. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Max 2006; 74(11): 585-93.
- 16.- Rodriguez Cuevas S, Macias CG, Franceschi D, Labastida S, Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican women that in the United States or European countries. Cancer 2001; 91: 863-8
- 17.- Torres- Arreola L, Vladislavovna_ Dobova S. Cáncer de Mama, detección oportuna en primer nivel de atención. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social 2007; 45(2): 157-66
18. - Singletary SE Rating the factors for breast cancer. Ann Surg 2003; 237:474-82
19. - Song Y, Sung J Obesity and risk of cancer in postmenopausal Korean Women. J Clin Oncol 2008;26(20):3395-402
20. - Romero M, Santillán L, Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(11):667-72
- 21.-Lawrence M Tierney, Jr. Stephen J Mc Phee Maxine A Papadakis Diagnostico clínico y tratamiento 41a edición 2006 pag 206 -208

- 22.-Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar 1
Primera Edición 1999. Intersistemas Editores
- 23.-Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Segunda Edición. Irigoyen. Capitulo 1.
- 24.-La Perspectiva Sistémica en Terapia Familiar. Conceptos
Básicos, Investigación y Evolución. Facultad de Psicología y
Ciencias de la Educación.
- 25.- La familia como unidad de estudio. PAC MF-1., Tomo 4. Colegio Mexicano de
Medicina Familiar
- 26.- Garcia Padilla Dennys. Sexualidad y comunicación en pareja en mujeres con cáncer
cervicouterino. Psicología Bogotá. 2003;2(002):203-204.
- 27.-valdes cuervo Ángel A. Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar.1era
edición 2007. Cap. 4
- 28.-Arturo Roizblatt S. Terapia Familiar y de Pareja. Capitulo 33
- 29.-Izquierdo González Marlen. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con
Cáncer de Mama. Rev. haba cienc. Med. La Habana Vol VII No 2 Abril-Junio 2008

ANEXO 1

ENCUESTA SOBRE FUNCIONALIDAD EN EL SISTEMA CONYUGAL EN LA MUJER CON CANCER DE MAMA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 60 EN NAVA, COAHUILA

INSTRUMENTO DEL DOCTOR VICTOR CHAVEZ AGUILAR

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 asumen 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 a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. se interesan 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

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y Fecha: UMF No. 60 NAVA, Coahuila. JUNIO 2013

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado :

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC No. 506

El objetivo del estudio es: **Analizar el subsistema conyugal en paciente con cáncer de mama en la unidad de medicina familiar # 60 de Nava, Coahuila**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **la aplicación de una encuesta en la que se pide información para saber como es el subsistema conyugal, Preguntas en las que se involucra la relación familiar.**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: **no se somete a ningún riesgo o inconvenientes solo la información fidedigna de cómo funciona la relación familiar.**

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente. El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. ADOLFO SAUCEDO ORTIZ
Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:
8621091572

Testigos

Testigo 1

Testigo 2

ANEXO 3 GRAFICAS

La comunicación en esta función debe ser evaluada a través de las pautas de comunicación establecidas y predominantes en la pareja:

Que es clara, es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que dice.

Que sea directa , es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar alguno otro integrante de la familia , lo que en patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada “ te lo dijo chana para que entiendas Juana.

Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. Adquiere mucha importancia los gestos actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice mas no haciendo nada pero tomando una actitud de rechazo o indiferencia



GRAFICA 1

En el presente estudio en la comunicación directa el 68 % se obtuvo una comunicación clara y directa la cual consiste en la transmisión de mensajes verbales de persona a persona, la pareja de cónyuges emiten mensajes del uno a al otro de forma clara y directa, como las manifestaciones o síntomas del Cáncer de Mama que ocasionan cada uno de ellos como por ejemplo en la mayoría en los cambios emocionales y de ánimo se manifestaron directamente en ambos sentidos con el malestar que se presenta dicho síntoma en los miembros de la pareja.



GRAFICA 2

En el presente estudio se obtuvo que la manifestación de los síntomas se manifiestan en un 62 % ocasionalmente claros las molestias de dicho trastorno, con el impacto que se manifiesta en la pareja, lo que ocasiona manifestaciones de incomodidad o desacuerdo en la pareja ya que los síntomas emocionales no son conocidos de manera clara en la pareja.



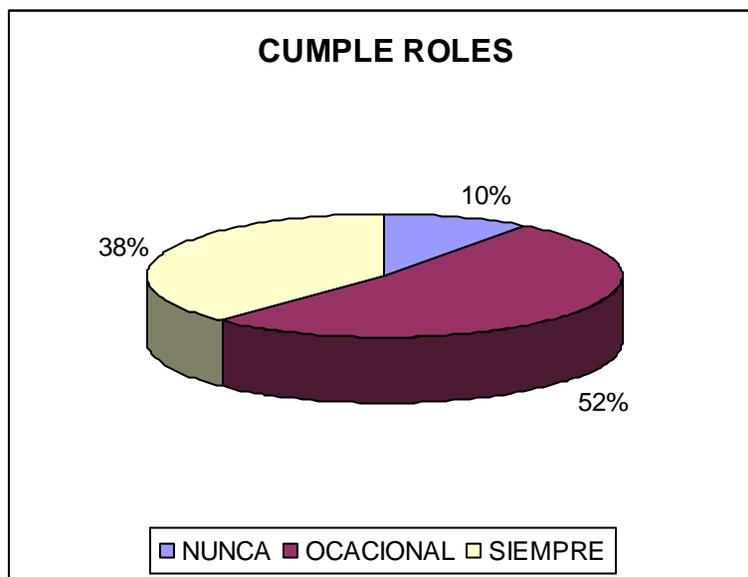
GRAFICA 3

En dicho estudio solo el 52% de las encuestas se emiten manifestaciones de congruencia en la comunicación analógica y verbal lo que quiere decir que los cónyuges en la mitad de las veces no son congruentes en las manifestaciones verbales y corporales o analógicas de lo que quieren dar a entender con los mensajes hablados causando problemas en la relación de pareja.

Función de adjudicación y asunción de roles

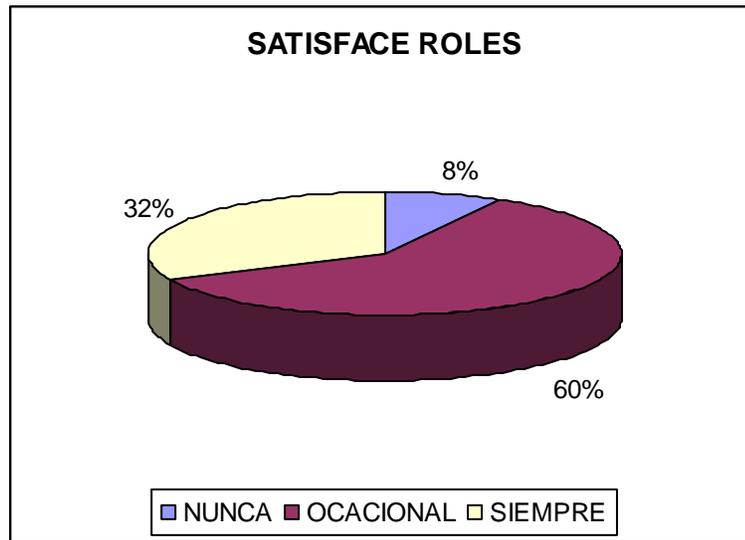
Las características que deben de evaluarse de esta función son:

- a) congruencia. La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones de cónyuge.
- b) satisfacción. Implica que el ejecutar una función debe brindar al que realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como aceptado.
- c) flexibilidad. Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien roles para valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sea domesticas o de índoles laboral.



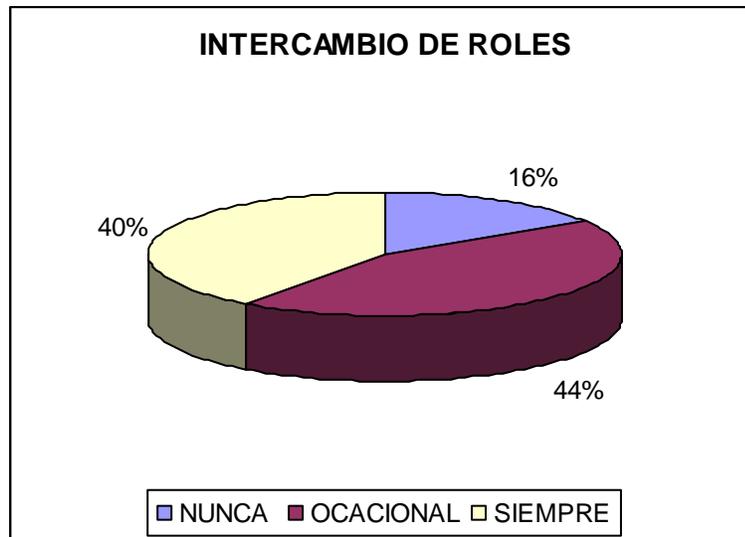
GRAFICA 4

En el presente estudio se obtuvo como resultado que el 52% ocasional de las parejas se cumplen con la adjudicación de roles que quiere decir que en la mitad de los casos no cumplen con los roles que le a emitido y adjudicado su pareja, causando impacto consecuente en la relación de pareja.



GRAFICA 5

En el presente estudio se obtuvo que el 32 % siempre los cónyuges cumplen con el papel o rol asignado por su pareja de manera satisfactoria provocando lo anterior estado de satisfacción conyugal para el beneficio conyugal de la pareja. Y un 60 % ocasionalmente cumplen con el rol asignado.



GRAFICA 6

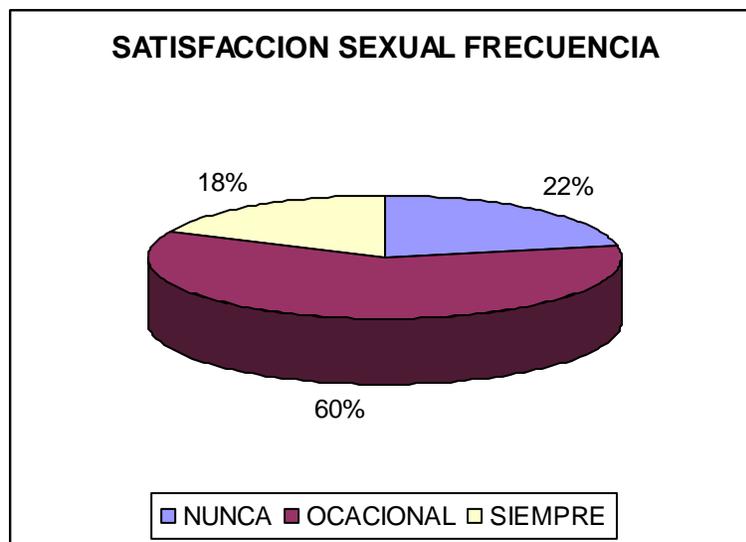
En este estudio se obtuvo que en el 44 % ocasionalmente se intercambian los roles lo que quiere decir que cada quien cumple o juega un papel descrito en la relación de pareja lo que nos habla de rigidez o de un papel predeterminado en la determinación en el interjuego de roles.

Función de satisfacción sexual

En virtud de lo amplio de esta función se propone evaluar dos rubros:

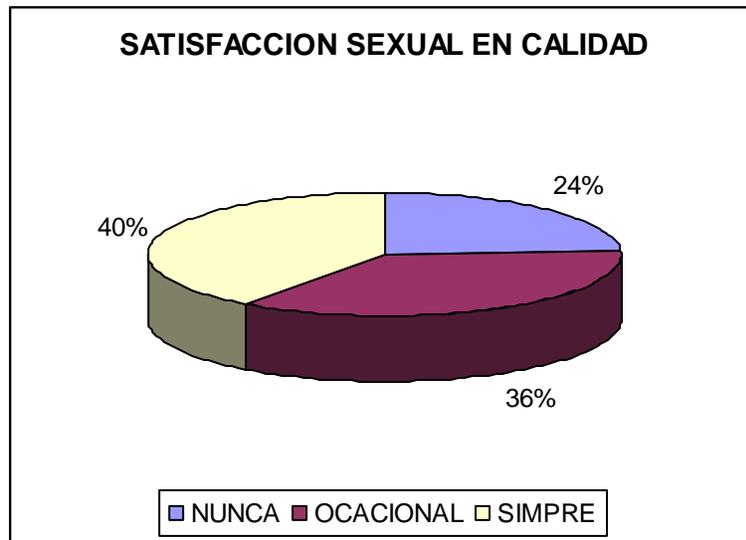
a) la frecuencia de la actividad sexual: debe de investigarse con el objetivo de establecer si existen demanda injustificada de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.

b) satisfacción, considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria.



GRAFICA 7

La sexualidad es un elemento constitutivo en la pareja, y en este estudio obtuvimos que en un 60 % ocasionalmente existe una satisfacción sexual en el número de frecuencia en las relaciones sexuales por semana, lo que es demasiado alto el porcentaje lo que ocasiona problemas en la relación de la pareja.



GRAFICA 8

Obtuvimos un resultado impactante que en el 60 % de las parejas ocasionalmente y nunca existe una calidad en la relación sexual lo que conlleva a las manifestaciones de insatisfacción en la vida de pareja.

Función de afecto

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto. Para algunas parejas pueden ser suficientes un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores para evaluar esta función como son:

Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo como pueden ser abrazos, besos caricias y general todo tipo de contacto físico entre pareja.

Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasa juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.

Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los conyugues esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extra hogar.



GRAFICA 9

Obtuvimos que en un 48% casi en la mitad de los casos hay manifestaciones físicas de afecto lo que quiere decir que hay contacto físico del uno con el cómo son abrazos caricias apapachos y tocamientos lo que quiere decir que en el canal emocional de transmisión de afecto se aterriza de una manera positiva en la menos de la mitad de los pacientes estudiados, en contraste el 52 % de las parejas estudiadas de una manera impactante se vio que no se manifiestan el afecto de una manera física sino que hay un aislamiento corporal hacia ellos mismos.



GRAFICA 10

De una manera impactante en un 78% se vio que ocasionalmente y nunca no hay tiempo gratificante lo que quiere decir que el alto porcentaje de las parejas al momento de estar juntos el tiempo es insatisfactorio y negativo y no gratificante para la individualidad y la relación conyugal y que solamente en un 22 % siempre el tiempo que pasa la pareja hay felicidad.



GRAFICA 11

De manera impactante también solamente la mitad de los casos existe un interés por el desarrollo y superación de la pareja lo que quiere decir que en la otra mitad, la pareja no se apoya para la preparación, superación personal y profesional de la misma, lo que conlleva a la frustración y disfuncionalidad y en el no cumplimiento de las metas personales.

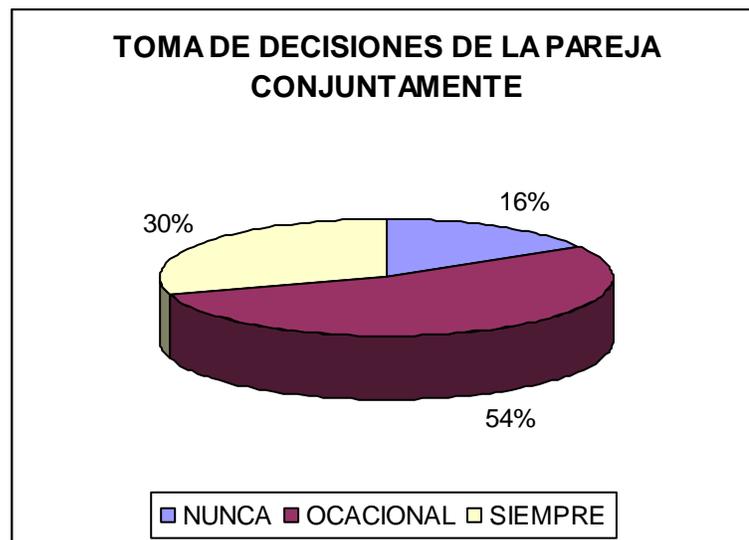


GRAFICA 12

De manera impactante en la mitad de los casos estudiados los conyugues perciben que son amados y queridos por su pareja que tiene que ver con las manifestaciones de afecto, comunicación y sexualidad que mejoran la relación de pareja en contraste en la otra mitad de los cónyuges no perciben ser queridos y amados por su pareja dados en el afecto, comunicación y sexualidad ya estudiados, no cumpliéndose así los vectores para producir felicidad y sensación de amor para la pareja.

Función de toma de decisiones la toma de decisiones Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.

Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.



GRAFICA 13

De manera muy importante se vio que en el 70% de las parejas estudiadas de una manera ocasional y nunca la toma de decisiones en el aspecto de la pareja y la familia, no son en forma conjunta, lo que quiere decir que cada quien toma una decisión propia, personal y a libre albedrío y solamente en un 30% la toma de decisiones se toma de forma conjunta.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 506
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 16/05/2013

DR. ADOLFO SAUCEDO ORTIZ

P R E S E N T E

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

LA RELACION CONYUGAL DE LA MUJER CON CANCER DE MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 60, DE NAVA COAHUILA.

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

Núm. de Registro
R-2013-506-14

ATENTAMENTE

DR.(A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

IMSS

http://sirelcis.imss.gob.mx/pi_dictamen_elis.php?idProyecto=2013-1916&idCli=506&mo... 16/05/2013