



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA
ASOCIADO A LA ETAPA DE DUELO**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
Dr. Gómez Cano Mario Alberto. Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar

DIRECTORA DE TESIS
Dra. Pérez López Danae. Médico Familiar. Unidad de Medicina Familiar número 20.

CIUDAD DE MÉXICO 2022



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.

**APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA ASOCIADO
A LA ETAPA DE DUELO**

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Pérez López Dánae
Médica especialista en medicina familiar
Maestra en Docencia Científica y Tecnológica
Profesora Adjunta del Curso de especialización en medicina familiar
Unidad de Medicina Familiar no. 20 “Vallejo”

**APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA ASOCIADO
A LA ETAPA DE DUELO
VoBo****

**Dr. Gilberto Cruz Arteaga
Médico Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Epidemiología clínica
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud
Unidad de Medicina Familiar no. 20**

**Dra. Santa Vega Mendoza
Médica especialista en medicina familiar
Maestra en ciencias de la educación
Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar
Unidad de medicina familiar no. 20**

REGISTRO DE SIRELCIS.

28/4/22, 8:03

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3504.

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 002 136

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 009 2018072

FECHA Jueves, 28 de abril de 2022

Dr. ABOITES LUCERO JUAN LUIS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA ASOCIADO A LA ETAPA DE DUELO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-3504-011

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Rosa María Arce Herrera
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA.

A MI MADRE.

*Guadalupe Cano, Por ser en todo momento mi mayor inspiración, mi mayor apoyo, mi heroína y mejor amiga, gracias por dotarme los recursos necesarios y aun mas en cada etapa de mi vida, me faltara vida para devolver un poco de todo lo que me has dado y anhelo seguir aprendiendo día a día un poco más de la maravillosa persona que eres.
Gracias.*

A MI HERMANA.

Tania Gómez, por darme en todo momento el consejo que necesito y no el que quiero escuchar, por marcar su camino y vida con valores, esfuerzo, diversión y perseverancia, y ser un ejemplo que seguir en todo sentido.

A MI GORDA.

Martha Cano, por enseñarme a vivir intensamente y con amor a la familia en todo momento, por ser única, divertida y sin duda irrepitable hasta el ultimo momento, eres y serás inspiración para mi y todos los que te amamos para la eternidad.

A DIOS.

Por dotarme de una vida plena y llena de gente hermosa, por mantener a mi familia y amigos con salud y unidos, por llegar juntos a esta etapa de mi vida y poder disfrutarla juntos.

AGRADECIMIENTOS.

Esta tesis es resultado de un esfuerzo personal, pero también del apoyo y cariño de muchas personas que compartieron mi interés por hacer de esta investigación una realidad.

Dedico un agradecimiento muy especial a las **doctoras Dánae Pérez López y Santa Vega Mendoza** por brindarme los conocimientos necesarios y suficientes para poder llevar a cabo este proyecto, por impulsarme a realizar una tesis diferente y presionarme en el momento que lo consideraron necesario, porque a pesar de la cantidad de trabajos que revisar no pierden el interés y valor individual en cada uno de ellos, sin duda un ejemplo a seguir; al **Dr. Juan Luis Aboites Lucero** por todas las facilidades que me brindo desde el día uno que llegue a su Unidad de trabajo, por ser un medico abierto a ayudar y brindar conocimiento a los médicos en formación.

Agradezco a mi **madre, Guadalupe Cano y a mi hermana, Tania Gómez**, por ser las mejores compañeras de vida, por apoyarme en todas y cada una de las decisiones que he tomado, por agarrarme de la mano en los momentos mas desvalidos de mi camino, por crear historias y aventuras inolvidables, por enseñarme que todo lo que se realiza en esta vida se realiza con pasión y sin dañar al prójimo, y sobre todo agradezco el amor que me brindan a diario.

A mi familia muégano, **Familia Cano**, por ser los cimientos, muros y techo que necesito en mi vida, por el amor y apoyo que nos brindamos los unos a los otros, por creer y confiar en mi en todo momento, por ser mi distracción mas deseada y divertida cuando medicina me hacia llorar un poco.

A mis amigos, por ser la familia que elegí y sentirme orgulloso de mi elección, agradezco especialmente **a dios** por poner a todos y cada uno de ellos en mi camino; un agradecimiento especial a **Aldo y Michelle**, por ser mis ángeles en la tierra, por compartir conmigo todo lo que tienen y por no soltarme cuando más los he necesitado; a **Lupita, Víctor y Mariana** por tolerarme en mis momentos más molestos, por brindarme su apoyo, su brazo, su mano y oído cada vez que lo necesite, agradezco la complicidad creada y vivida, hicieron de la residencia un lugar ameno.

A mi **Negrís**, por ser el amigo mas fiel y aquel que no pedí, pero el destino me lo envió, por ser el mejor compañero de estudio y desvelo, por brindarme su amor y compañía por una simple rascada de panza a cambio.

INDICE

	Página.
Resumen.	8
Introducción.	10
Marco Teórico.	12
Planteamiento del problema.	22
Objetivos.	23
Hipótesis.	24
Sujetos, Material y Métodos.	25
Resultados.	34
Discusión.	43
Conclusiones.	46
Recomendaciones.	47
Bibliografía.	48
Anexos.	51

RESUMEN.

APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA ASOCIADO A LA ETAPA DE DUELO.

PÉREZ-LÓPEZ D¹. GOMEZ-CANO MA²

1. Médico Especialista en Medicina Familiar. UMF 20 IMSS
2. Médico Residente de Medicina Familiar. UMF 20 IMSS.

Introducción: El apoyo social denota la percepción de la respuesta a la ayuda de las personas en una situación, de forma que modifica la respuesta a estresores. Las enfermedades crónicas degenerativas, generan una crisis paranoimativa y con ello un duelo por la pérdida de la salud, donde las redes de apoyo con las que cuente quien las padece, puede resultar determinante en el mejoramiento o empeoramiento de la salud. **Objetivo:** Determinar cuáles son las redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, asociado a la etapa de duelo. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico, prospectivo, observacional en 257 pacientes de 30 y más años de edad con diagnóstico y seguimiento de cáncer de mama durante el mes de abril y mayo del 2022 en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional La Raza; previo consentimiento informado se aplicó la encuesta de datos generales, método de Graffar para nivel socioeconómico, método MOS para apoyo social y test de respuestas psicológicas del duelo ante pérdida de la salud. Estadística inferencial con χ^2 , considerando significancia estadística $p \leq 0.05$. **Resultados:** Muestra de 257 participantes, de los datos sociodemográficos, edad de 50-59 (31.1%), 70 y más años (6.6%), casadas (40.9), viuda (21%), soltera (17.9%), desempleadas (38.9%), licenciatura 28.4%, posgrado 2.3%, analfabeta 0.8%, nivel socioeconómico estrato III 45.1%, estrato V 3.9%, estrato I 4.3%, con comorbilidades 41.2%, de las cuales 9.7% hipertensión y 83.6% diabetes, en tratamiento mixto 56%, estadio 3 de la enfermedad 24.9%, 55.3% desconoce, apoyo social, máximo con 81.7%, duelo en etapa de aceptación 92.2%. Se encontró relación del apoyo social con el estado civil $p=0.025$, nivel socioeconómico $p=0.00001$, estadio de la enfermedad $p=0.0000$, tipo de comorbilidad $p=0.010$. **Conclusiones:** Se encontró que existe mayor apoyo social en la mujeres casadas 40.9%, con un nivel socioeconómico en estrato III 45.1% y en las que desconocen el estadio de la enfermedad 55.3%

Palabras clave: Apoyo social, Cáncer de mama, Duelo

ABSTRACT.

SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS DIAGNOSED WITH BREAST CANCER ASSOCIATED WITH THE GRIEF STAGE.

- Medical Specialist in Family Medicine. UMF 20 IMSS
- Family Medicine Resident Physician. UMF 20 IMSS.

Introduction: Social support denotes the perception of the response to the help of people in a situation, in a way that modifies the response to stressors. Chronic degenerative diseases generate a paranoimative crisis and with it a mourning for the loss of health, where the support networks that those who suffer from them have, can be decisive in the improvement or worsening of health. Objective: To determine which are the social support networks in patients diagnosed with breast cancer, associated with the stage of mourning. **Material and methods:** Analytical, prospective, observational cross-sectional study in 257 patients aged 30 and over with diagnosis and follow-up of breast cancer during the months of April and May 2022 at the High Specialty Medical Unit (UMAE) Hospital de Obstetrics Gynecology No. 3, of the La Raza National Medical Center; After informed consent, the general data survey, Graffar method for socioeconomic level, MOS method for social support and test of psychological responses to grief in the face of loss of health were applied. Inferential statistics with χ^2 , considering statistical significance $p \leq 0.05$. **Results:** Sample of 257 participants, from sociodemographic data, age 50-59 (31.1%), 70 and over (6.6%), married (40.9), widowed (21%), single (17.9%), unemployed (38.9%), undergraduate 28.4%, postgraduate 2.3%, illiterate 0.8%, socioeconomic level stratum III 45.1%, stratum V 3.9%, stratum I 4.3%, with comorbidities 41.2%, of which 9.7% hypertension and 836% diabetes, in mixed treatment 56%, stage 3 of the disease 24.9%, 55.3% unknown, social support, maximum with 81.7%, grief in acceptance stage 92.2%. A relationship was found between social support and marital status $p=0.025$, socioeconomic level $p=0.00001$, disease stage $p=0.0000$, type of comorbidity $p=0.010$. **Conclusions:** It was found that there is greater social support in married women 40.9%, with a socioeconomic level in stratum III 45.1% and in those who do not know the stage of the disease 55.3%

Keywords: Social support, Breast cancer, Grief

INTRODUCCION.

La mayoría de los estudios referentes a dicha patología señalan que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama experimentan altos niveles de ansiedad que se acompañan de un proceso psicológico adaptativo a la enfermedad denominado “duelo oncológico”, que consiste en una serie de etapas que no necesariamente se presentan en forma secuenciada y que comienzan durante los meses siguientes al diagnóstico, duelo que tiene como objetivo la aceptación y la adaptación a esta condición de salud ⁽²²⁾.

El estado de duelo por el que atraviesan las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama abarca todas las esferas de su vida cotidiana, no solo en el aspecto físico de la enfermedad, si no que esta condiciona una serie de eventos en el ámbito familiar, sexual e incluso laboral ⁽¹⁹⁾.

La literatura centrada en tratamientos de cáncer de mama rescata los intereses de analizar los posibles determinantes de salud mental como estrés y afrontamiento en la calidad de vida, donde se evidencia estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción (reevaluación positiva y crecimiento y el acudir a la religión). Se demostró como el imaginario social planteado frente al cáncer, se vincula como el evento estresor de alto impacto asociado con la muerte y el dolor, que se nutre de la percepción y vivencia de la reducción de las funciones físicas; se sugieren intervenciones focalizadas desde las áreas de ajuste que involucre lo psicológico, reacciones emocionales, médico y social ⁽⁹⁾.

Entre un 30% y un 50% de las mujeres con Cáncer de Mama presentan alguna alteración psicológica, siendo los problemas de ansiedad y depresión los más frecuentes en entre un 30% y un 40%, tres o cuatro veces más que en población general. Según diversas investigaciones la existencia de relaciones interpersonales significativas a lo largo de proceso e incluso en supervivencia, se identifica como una necesidad ⁽²²⁾.

De acuerdo a la información recabada de diversos autores, se presenta como un problema a resolver, el alejamiento que tienen las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama de su núcleo familiar o social que funciona como pilar de mantenimiento en el aspecto emocional, por miedo a lastimarlos o que la abandonen a su suerte, por su parte Hernández, y Landero encontraron una relación positiva entre la calidad de vida con el apoyo social ($r_s=.32$, $p=.021$)⁽¹⁴⁾. La percepción del principal apoyo social es el familiar, tanto de la familia nuclear como de familia extensa. El vínculo familiar para enfrentar la enfermedad está marcado como algo recíproco, pues hay un pasado de ayudar a la familia y en el momento de la enfermedad recibirían ayuda de la familia ⁽²³⁾.

Con la información obtenida en este estudio podremos determinar en qué etapa del duelo es donde las pacientes con cáncer de mama perciben menor magnitud el apoyo social y de esta forma incidir en dichas etapas proponiendo estrategias de afrontamiento para evitar que el duelo se convierta en patológico y también de integrar al círculo familiar sobre el beneficio que aporta el brindar el apoyo a la paciente con esta enfermedad y mejorar su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO.

El cáncer de mama.

Se define al cáncer de mama como el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse. Constituye una de las enfermedades de mayor incidencia en la población mundial ⁽¹⁾.

Como en la mayoría de las patologías, existen diversas actividades encaminadas a la prevención de la enfermedad, mismos que en el cáncer de mama según la NOM de Servicios Básicos de Salud deben fomentarse los mismos desde la infancia, algunos de ellos se describen a continuación: Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales, 30 a 60 minutos de actividad física todos los días de la semana, consumo de ácido fólico y fomento a la lactancia materna ⁽²⁾.

Se plantean de forma muy general dos grandes causas fundamentales: las exógenas, responsables del 80-90 % de todas las neoplasias, y las endógenas responsables del 10-20 % restante ⁽³⁾.

Según la clasificación del Cáncer de Mama de la OMS; existen más de 21 subtipos de enfermedad invasiva, siendo el carcinoma ductal infiltrante (tipo no especial) el más frecuente, 40-75% de los casos y el resto, sería "tipo especial", incluye lobular invasivo, tubular, mucinoso, metaplásico, medular y neuroendocrino ⁽⁴⁾.

Epidemiología.

En México, el cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa 11.34% de todos los casos de cáncer, hay un incremento global de aproximadamente 1.5% anual, sin embargo, en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5%. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años. La mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en 10.9% relativo en los últimos años (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000) ⁽⁵⁾.

Los tumores malignos han ocupado los primeros sitios de mortalidad a nivel mundial desde hace varias décadas y es en México en la década de 1960 donde logra ubicarse entre las diez principales causas de muerte, teniendo un comportamiento en aumento en las diversas décadas hasta la actualidad, es el periodo comprendido de 1990 al año 2004 donde se posiciona en el segundo lugar, descendiendo al cuarto lugar de mortalidad del año 2005 al año 2015. La mortalidad reportada en México debida a neoplasias es mayor en mujeres (13.97%)

respecto a los hombres (10.74%), siendo el cáncer de mama y cervicouterino responsables de una mortalidad total 25.7% del total de las neoplasias femeninas. Los estados en México que presentan mayor número de muertes por número de habitantes son Chihuahua, Sonora, Nuevo León y Ciudad de México con una media de 76 muertes por cada 100,000 habitantes ⁽⁵⁾.

En países de Latinoamérica como México es más frecuente en mujeres de 40 a 75 años, actualmente en nuestro país el carcinoma mamario es la neoplasia maligna invasora más común y la causa más frecuente de muerte por enfermedad maligna en la mujer, constituyendo aproximadamente 20-25% de todos los casos de cáncer en la mujer y contribuyendo con un 15-20% en la mortalidad por cáncer ⁽¹⁾.

A pesar de los esfuerzos emprendidos por el sistema de salud mexicano, la detección tardía del Ca en la mujer es común, un 70.2% de los casos registrados del 2003 al 2008 se detectaron en estadios avanzados ⁽⁶⁾.

Factores de riesgo.

Existen múltiples factores que elevan el riesgo de desarrollarlo, sin embargo más de la mitad de estos no están identificados: la edad es una de los principales factores asociados y este es determinado por la menopausia, ya que la incidencia de esta enfermedad aumenta hasta la menopausia y posteriormente disminuye en una sexta parte aproximadamente; predisposición genética, las mutaciones genéticas hereditarias más importantes son BRCA1 y BRCA2 y corresponden a 10% del total de los casos; cáncer familiar, corresponde al 20% de los casos; factores hormonales, principalmente menarquia precoz, nuliparidad, edad tardía en la primera gestación y menopausia tardía, en mujeres posmenopáusicas se le relaciona más la obesidad y la terapia de restitución hormonal; la hiperplasia ductal aumenta el riesgo en 1.5-2 veces, la atipia ductal o la hiperplasia lobular aumenta el riesgo 4-5 veces más; factores ambientales, en los que predomina la exposición a radiaciones ⁽⁷⁾.

Estadificación.

El manejo multidisciplinar de la paciente con cáncer de mama permite seleccionar el tratamiento más adecuado, garantizando el mejor pronóstico. El lenguaje común sobre el que basamos nuestras decisiones es el sistema de estadificación TNM. Dicho sistema está basado en la valoración del tamaño del tumor primario (T), de los ganglios linfáticos regionales (N), y de las metástasis a distancia (M). Las combinaciones posibles de las subcategorías de T, N y M definen cuatro estadios que son designados como I, II, III, y IV en orden ascendente de gravedad, y es conocido como el sistema TNM de estadificación.

El sistema TNM comprende dos métodos: el clínico y el patológico, ambos aplicables y diseñados con diversos propósitos. El clínico (cTNM), elaborado sobre los datos semiológicos iniciales, se emplea para la indicación del tratamiento primario. El patológico (pTNM), elaborado sobre los hallazgos anatomopatológicos tras la cirugía, aporta datos precisos sobre la extensión de la enfermedad y se emplea para la indicación del tratamiento adyuvante y para establecer un pronóstico.⁽³⁾

Tratamiento.

Las decisiones terapéuticas del cáncer de mama se deben formular de acuerdo con la etapa clínica, reporte histopatológico, condiciones generales de salud de la paciente, su estado hormonal, considerando el respeto a sus derechos y su libre decisión, habiéndole informado de manera clara y adecuada a sus condiciones socioculturales y su estado emocional⁽²⁾

Los métodos terapéuticos que en la actualidad se emplean para tratar el cáncer mamario son: Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, Hormonoterapia, Biológicos. De ellos, la cirugía y la radioterapia tienen una acción local o locorregional; con la quimioterapia, la hormonoterapia y los tratamientos biológicos, la acción es sistémica⁽²⁾.

Cirugía.

Todas las mujeres que requieran cirugía de mama u otro tratamiento deben tener una evaluación por el equipo multidisciplinario, clínica, imagenológica y de anatomía patológica, discutida y documentada en reuniones pre y postoperatorias regulares⁽³⁾.

Los tratamientos quirúrgicos son: conservador, radical curativo, radical paliativo y reconstructivo.

Radioterapia.

En el tratamiento de la paciente con cáncer se debe procurar el control local de la enfermedad, ya que con ello se logra un aumento de la curación por lo que la radioterapia forma parte del tratamiento multidisciplinario del cáncer mamario y sus indicaciones principales son como tratamiento complementario al quirúrgico, como tratamiento inicial y en su modalidad de paliativo⁽³⁾.

Quimioterapia.

Esta se refiere al uso de agentes químicos no hormonales, principalmente antraciclinas y taxanos, su indicación es generalmente en tumores mayores de 1cm y/o metástasis ganglionares o a distancia, dependiendo del estado de los receptores hormonales y la expresión de Her2Neu en las células tumorales⁽³⁾.

Hormonoterapia

El tratamiento hormonal del cáncer mamario se sustenta en la presencia de receptores hormonales en el tumor y en sus metástasis que permiten predecir la respuesta tumoral en sus fases adyuvante y paliativa. La selección de las pacientes candidatas al tratamiento hormonal, en ausencia clínica de actividad tumoral, se realiza idealmente al conocer que el tumor o sus metástasis tienen un alto contenido de receptores estrogénicos. En ellas la respuesta esperada es mayor en el 80% de los casos. Cuando se dispone del auxilio de los marcadores tumorales es posible predecir la respuesta sobre bases clínicas ⁽³⁾.

Impacto del cáncer de mama en la familia.

El cáncer provoca reacciones múltiples en la persona que enferma y en su familia, tales como angustia, miedo, preocupación y dolor. A pesar de que actualmente el cáncer no debe ser sinónimo de muerte, y de que en muchos casos se convierte en una enfermedad crónica potencialmente curable, lo cierto es que en el imaginario colectivo la relación que se establece entre cáncer y muerte es evidente, y tiene una gran fuerza. Además, no solo se establece esta relación, sino que tendemos a pensar en la muerte por cáncer como una muerte que conlleva gran sufrimiento. Esto supone una carga emocional de gran impacto en los pacientes y sus familias desde el momento en el que se tiene la sospecha de que tal diagnóstico va a producirse ⁽⁸⁾.

La enfermedad de cáncer, al igual que muchas enfermedades crónicas, así como las que implican un riesgo de muerte, genera un impacto negativo en la familia. Este impacto conlleva a su vez una gran cantidad de demandas y cambios en la estructura familiar, las cuales dependerán de lo severo que resulte el diagnóstico, el grado de incapacidad que implique, el tipo de tratamiento que vaya a efectuarse, la percepción que se tenga de la deformación que comporta y el pronóstico de vida que se espere ⁽⁸⁾.

Las reacciones que suponen el diagnóstico de cáncer van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico; absolutamente toda la red social del paciente se ve impactada por la enfermedad. Estas reacciones son determinantes en la forma de afrontar en la familia el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar, o a la disolución de esta. El impacto de la enfermedad en una familia no siempre es negativo; hay familias que pueden verse fortalecidas por el cáncer y las demandas que éste impone, pudiendo llegar a estabilizar la estructura de algunos sistemas familiares ⁽⁸⁾.

La familia ante el diagnóstico de cáncer sufre un colapso generalizado caracterizado por una crisis de organización, todo el sistema se tambalea y requiere una reestructuración para adaptarse a las necesidades de atención y cuidado que deben proporcionar a la paciente.

Acompañada además a esta crisis, el desgaste físico, económico y emocional en la familia, lo que ocasiona un desequilibrio total en el ritmo y estilo de vida ⁽⁹⁾.

Redes de apoyo social de cáncer de mama.

“La red de apoyo social está conformada por un conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan, efectiva o potencialmente, uno o varios tipos de ayuda que incluyen la compañía, el apoyo emocional, la ayuda práctica, económica y la guía cognitiva o consejo ⁽¹⁰⁾.

Cuando el diagnóstico de cáncer es en la mujer, los cuidadores que le acompañan representan el principal apoyo emocional, aumentando la preocupación, el estrés y dificultad para el manejo de situaciones adversas, como el auto concepto, que en las parejas juega un papel crucial en este acompañamiento, afectando esferas como la sexual, sobresaltando no solo a la pareja si no a la sensación de ser atractiva en la intimidad.

Los cambios de roles en la convivencia diaria, que gracias a la sensación de miedo dan como resultado el compartir más tiempo juntos, o experimentar dificultades debido a la posible pérdida. La carga del cuidado también se puede vincular a empobrecimiento de relaciones padre – hijo debido a la carga del cuidado, la elaboración de funciones domésticas que normalmente hacia la mujer, entre otras ⁽¹¹⁾.

Es indudable que cuando la mujer tiene un diagnóstico de cáncer, la percepción de su mundo se altera, afectando la estabilidad psicológica del individuo, encontrando que el cáncer no solo afecta la estructura física de la persona que lo padece, sino que también tiene repercusiones que “se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja y la laboral y social”. Estudios de Palacios, Gonzales y Zani evidencian cómo el impacto del cáncer afecta “las esferas afectiva, emocional, cognitiva y comportamental en el paciente con cáncer y en su familia”, con lo que se demuestra que no es solo una afección orgánica, sino que abarca otras dimensiones. Sumado a ello, dicha autopercepción varía “dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, del grado y tipo de incapacidad” ⁽¹²⁾.

Las consecuencias de esta neoplasia son diversas, de 30 a 50% de las afectadas desarrolla alteraciones psicológicas, como pueden ser episodios de depresión y ansiedad; por lo que los profesionales de la salud deben mejorar su actitud en la atención de estos casos y optimizar los cuidados paliativos, con la finalidad de incrementar la calidad de vida, el apoyo familiar y social, es decir, garantizar el apoyo multifactorial y multidisciplinario ⁽¹³⁾.

El proceso de duelo en el cáncer.

El cáncer es considerado un suceso traumático y, por tanto, un evento muy estresante para la vida de un individuo (Melguizo-Garín et al., 2019). La persona diagnosticada tiene que aprender a vivir con esta condición y se ve obligada a reajustar sus esquemas habituales de funcionamiento para poder afrontar la enfermedad de la mejor manera posible. Igualmente, no sólo genera un desajuste en el paciente, sino también en las personas que le rodean, pues es considerado un elemento desestabilizador para cualquier familia ⁽¹⁴⁾.

Por ende, el significado del cáncer se extiende más allá de la mera pérdida de salud física. El individuo no sólo se enfrenta a su enfermedad, sino a las pérdidas funcionales que esta misma conlleva, como pueden ser las pérdidas de estabilidad y seguridad, de la rutina o el rol que tiene el paciente dentro de la familia ⁽¹⁴⁾.

El diagnóstico de cáncer de mama, como el de los demás, es siempre una noticia adversa, en muchos casos inesperada, que genera tanto en la familia como en el paciente un impacto emocional ⁽¹⁵⁾.

El estudio de De Haro-Rodríguez et al. con pacientes que padecen cáncer de mama resalta que las mujeres con mayor escolaridad tendían a dar respuestas más adaptativas frente al estresor, tanto enfocadas en el problema (reestructuración cognitiva) como en la emoción (expresión emocional y apoyo social) ⁽¹⁴⁾.

En el cáncer se genera de forma inevitable un proceso de duelo, normal y necesario para que el paciente sea capaz de enfrentarse y superar las pérdidas que pueden darse en cada una de las fases de esta enfermedad. El duelo, por lo tanto, es un concepto esencial en el proceso del cáncer y por lo general, está presente tanto en el paciente como en los que le rodean desde el momento del diagnóstico ⁽¹⁴⁾

En función de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el individuo (diagnóstico, tratamiento y supervivencia o terminal), las pérdidas funcionales serán diferentes según Cruz et al. (2007) en:

- Diagnóstico. Al recibir la noticia del diagnóstico, la primera reacción suele ser de shock emocional, la persona se queda bloqueada, conmocionada y es incapaz de tomar decisiones o demandar más información. Aparece la negación y comienza la búsqueda de explicaciones. La vivencia del paciente en este momento se centra en las pérdidas, con lo cual el estilo de afrontamiento que escoja para esta fase será determinante de cara a la elaboración del duelo. Si adopta la perspectiva de control, es consciente de que las decisiones que toma son sus elecciones, podrá afrontar de mejor manera el proceso de la enfermedad y las pérdidas que esta conlleva. Sin embargo, si por el contrario asume que ha perdido su autonomía y que no está en sus manos tomar las decisiones, le resultará difícil poder adaptarse al resto del proceso. Los factores que determinan que una persona elija un estilo de afrontamiento u otro dependen de variables personales y factores de riesgo, como pueden ser un rol familiar de alta responsabilidad, duelos recientes, trastornos psicológicos, etc.
- Tratamiento. Una vez el paciente ha tomado la decisión de someterse a un tratamiento, vuelve a enfrentarse a una situación estresante. Las pérdidas que trae consigo el tratamiento serán más visibles y evidentes, alterando cada uno de sus ámbitos de desarrollo (social, personal, laboral, económico y familiar). Ya no tiene que afrontar únicamente la enfermedad, sino también sus consecuencias directas, entre ellas el deterioro corporal a causa de los tratamientos tan agresivos. Esta es considerada una de las pérdidas más significativas. Por lo tanto, las vivencias e interpretación que la persona realice hacia la enfermedad y su tratamiento condicionarán esencialmente su estilo de afrontamiento y la forma de llevar a cabo el proceso de duelo frente a las pérdidas.

Supervivencia. Aunque el tratamiento haya finalizado y el cáncer ya no esté presente, es en esta fase cuando se da una transición de vuelta a la vida sin enfermedad. La persona se tiene que replantear y reorganizar de nuevo sus ámbitos de desarrollo personal. Es una fase caracterizada por sensaciones contradictorias y de incertidumbre, no siendo extraño que los pacientes muestren dificultades en la readaptación. El temor intenso a la recidiva es el causante de las pérdidas funcionales que se pueden llegar a dar en esta fase de la enfermedad, manifestándose por ejemplo en la imposibilidad de hacer planes a largo plazo o la realización de ciertos compromisos. Aunque el cáncer haya remitido, a la persona le suelen quedar

secuelas del tratamiento, un recuerdo de los efectos de la enfermedad y la experiencia traumática ⁽¹⁴⁾.

Estudios relacionados con el tema.

Se han realizado diversos estudios relacionados a la perspectiva de la paciente o de su familia respecto a la enfermedad de cáncer de mama y su relación con el proceso de duelo o la ayuda percibida por redes de apoyo social, de los cuales destacan los siguientes:

Rodríguez Loyola Yomariee realizó un estudio en el año 2013 acerca de “El diagnóstico de cáncer de mama desde una perspectiva familiar”, mismo que tenía como objetivo explorar: 1) la reacción de los familiares ante el diagnóstico y tratamiento de la paciente de cáncer de mama, 2) el impacto del apoyo recibido por los familiares en las pacientes y 3) la importancia del involucramiento de la familia en el tratamiento, concluyendo lo siguiente dentro de su discusión; se deben dirigir los servicios de salud, no sólo a la paciente, sino también al sistema familiar al cual ella pertenece. Es necesario que se ayude a la familia a explorar los sentimientos y miedos relacionados al cáncer, fomentar la comunicación entre éstos, evaluar el impacto de la enfermedad a nivel estructural y fomentar la re-organización del sistema a partir del diagnóstico, durante el tratamiento, post-tratamiento y periodo de sobrevivencia ⁽¹⁶⁾.

En el año 2020 se publicó en Colombia un trabajo relacionado con el apego al tratamiento en pacientes oncológicos con respecto a sus redes de apoyo, mismo que fue realizado por Ángela María Mejía Toquica y Byron Daniel Herrera Castillo, con las siguientes conclusiones; “En nuestro quehacer diario, nos encontramos con pacientes de la tercera edad que acuden a consulta, con frecuencia manifiestan un sinnúmero de padecimientos que a pesar del tratamiento no mejoran, además acuden solos a consulta y cuando tienen la oportunidad de ser escuchados, se expresan, platicando todas sus inquietudes que guardan y que no han podido compartir con nadie, bien sea porque están solos en casa todo el día o porque no hay quien les brinde la atención que necesitan.

En este sentido resulta importante realizar una intervención, en la que se trabaje desde el ámbito de la psicología en fortalecer las redes de apoyo del adulto mayor haciendo conscientes a los familiares o cuidadores en la repercusión que dicha red de apoyo sostiene en el tratamiento que se lleva a cabo contra el cáncer” ⁽¹⁷⁾.

En el año 2016 como parte de un trabajo final para titulación se realizó un estudio titulado “Apoyo social, depresión y cáncer”, con autoría de Begoña Durantes Gómez, donde unos de

sus objetivos principales fue, Relacionar el apoyo social con la enfermedad, para conocer su influencia, en cuanto a signos/síntomas depresivos y en donde se concluyó lo siguiente, Es necesario conocer tanto al paciente como a su red de soporte, en cuanto a: forma de vivir, de ver la vida, relaciones existentes, recursos disponibles, etc. para poder garantizar un cuidado individualizado y adecuado que aumente los beneficios del apoyo prestado. Existen diferentes tipos de apoyo social, pero se reconoce como más importante aquel que denominamos “apoyo social emocional” por poseer los efectos más generales: confianza, compañía, cariño, apoyo, seguridad, empatía, etc. Es el más aportado por las personas, pero es el entorno más próximo quién tiene el papel principal ⁽¹⁸⁾.

Sheyla Díaz & Fabiola Zuñiga publicaron en el año 2016 un trabajo en el estado de Chiapas titulado, “Duelo en mujeres con cáncer de mama”, en donde concluyeron lo siguiente; “para que este proceso de duelo evolucione correctamente se necesita del apoyo familiar, esta es una de las áreas más importantes en la vida de la paciente y es la que gira en torno a su vida, en el caso de nuestras pacientes se encontró que si no fuera por ellas mismas y por el deseo que tienen de seguir adelante junto con el apoyo de su familia, estarían estancadas en el proceso de negación, ya que la mayoría de ellas expresa que fue algo difícil de aceptar después de saber su diagnóstico” ⁽¹⁹⁾.

Duelo corporal en pacientes con cáncer de mama, implicaciones en la calidad de vida, es el nombre del trabajo del año 2020, de las autores Morales Betancourt, Paola Marcela Cifuentes León, en donde concluyen lo siguiente; Hasta el momento, la detección en las etapas primarias de esta enfermedad es la principal herramienta para combatir esta devastadora enfermedad, por lo que es de vital importancia el conocimiento en el comportamiento de los factores de riesgo entre mayor conocimiento por parte de la población, se tendrá un resultado favorecedor ⁽²⁰⁾.

Instrumentos que se cuentan para aplicar en pacientes oncológicas.

Al momento de la realización de este estudio no se cuentan con escalas específicas para valorar las redes de apoyo en pacientes con cáncer de mama o valorar la etapa de duelo específicamente en pacientes oncológicos, sin embargo, existen diversas herramientas que puedes ser ajustada al contexto de cáncer de mama.

Entrevista de Apoyo Social de Arizona (ASSIS) y de Apoyo Social en Situaciones Estresantes (ASSE), es una entrevista estructurada que permite recoger información sobre diversas dimensiones del apoyo social en situaciones cotidianas o normalizadas ⁽²¹⁾.

Escala de Apoyo Personal y Social (EAPS, Martín et al., 2002), evalúa; Red de apoyo informal/formal para cuestiones educativas, red de apoyo informal/formal para cuestiones personales, motivos para no solicitar ayuda, tipos de apoyo en la red informal/formal, satisfacción con el apoyo informal/formal ⁽²¹⁾

Escala de Apoyo Social Percibido (PSS, Procidano & Heller, 1983) (adaptación: Domínguez et al., 2011); en esta se estudia Apoyo percibido de la familia y Apoyo percibido de los amigos ⁽²¹⁾.

Escalas para valoración del estado de duelo:

Inventario de experiencias de duelo del año 2001. Inventario Texas, revisado para duelo adaptado al castellano por García García en el año 2001. Inventario de duelo complicado del año 2002. Valoración del riesgo de complicaciones en la resolución del duelo del año 2002.

Escala emocional de caras ⁽²¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Sabemos que el cáncer en México es una de las principales causas de muerte, y que específicamente en la población femenina en edad fértil es la principal, esto implica que los servicios de promoción y prevención de la enfermedad se mantenga como un programa prioritario para el sistema de salud en nuestro país, encaminados específicamente a fomentar en las pacientes con riesgo la eliminación de aquellos factores de riesgo modificables, fomentar la realización de la autoexploración y estudios de detección como la mastografía o ultrasonido, ello para identificar la aparición de lesiones con riesgo para cáncer o aquellas lesiones malignas en etapas tempranas para establecer una terapéutica adecuada y evitar la muerte o una evolución desfavorable para la paciente.

Como médicos de primer contacto, es de vital importancia identificar en las pacientes como perciben su apoyo social durante el duelo secundario a la pérdida de la salud. Diversos estudios de los cuales se han mencionado en apartados anteriores concluyen que el percibir un apoyo social normal es equivalente a sentirse amado y estimado, lo cual promueve las acciones para mejorar la salud y alivia el impacto de las enfermedades, además de facilitar el afrontamiento, la integración y el bienestar psicológicos, todos los aspectos mencionados anteriormente favorecen el grado de adaptación ante un estímulo tan estresante como lo es el cáncer. De ahí la importancia de continuar con el análisis minucioso en del tema, sobre todo en uno de los Hospitales que más pacientes con cáncer de mama atiende a nivel estatal e institucional.

El identificar si la paciente cuenta con redes de apoyo favorables ante el duelo, es crucial para que los médicos y demás personal tratante de estas pacientes fomenten la adecuada relación entre ella y sus allegados, ya que esto lo único que traerá a la paciente son aspectos positivos y favorables para que el tratamiento pueda llevarse según las indicaciones y obtener el mayor benéfico.

OBJETIVOS.

General:

- Comparar el nivel de apoyo social en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en cada una de las etapas del duelo.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación).
- Describir las características clínicas del cáncer de mama (estadio, tipo de tratamiento actual, comorbilidades)
- Describir el nivel de apoyo social que recibe la paciente con cáncer de mama
- Describir la etapa de duelo en la que se encuentra la paciente con cáncer de mama (negación, ira, promesas/negociación, fe/esperanza, depresión y aceptación).
- Asociar el nivel de apoyo social con la etapa de duelo de la paciente con cáncer de mama.
- Asociar el apoyo social con aspectos sociodemográficos y características clínicas del cáncer de mama.

HIPOTESIS.

Nula:

El nivel de apoyo social no muestra una asociación significativa con la etapa de duelo en la que se encuentra la paciente con cáncer de mama.

Alterna:

El nivel de apoyo social muestra una asociación significativa con la etapa de duelo en la que se encuentra la paciente con cáncer de mama.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

Lugar donde se realizará el estudio: Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez”, del Centro Médico Nacional La Raza.

Universo de estudio: Mujeres con cáncer de mama

Grupo de estudio: Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, de 30 a 60 años, que se encuentren en tratamiento en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez”, del Centro Médico Nacional La Raza, durante el periodo Abril-Mayo 2022.

Diseño: Observacional, analítico, transversal, prospectivo.

Tipo de estudio:

- **De acuerdo con la manipulación: Observacional:** No se realizará ninguna intervención en las pacientes, solo se recabará información a través de cuestionarios.
- **De acuerdo con la comparación: Analítico,** se compara la asociación entre el apoyo social y la etapa de duelo
- **De acuerdo con la temporalidad y seguimiento: Transversal.** Solo se tomará la información de las participantes en un solo momento.
- **De acuerdo a la temporalidad: Prospectivo.** Iniciaré la aplicación de los instrumentos una vez se consiga el registro por los Comités hospitalarios.

Periodo del estudio: Abril-Mayo del 2022.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 30 y más años
- Mujeres con Cáncer de mama en cualquier estadio.
- Mujeres que se presenten a la consulta externa del servicio de oncología, del turno matutino y vespertino
- Mujeres de cualquier posición social, raza, etnia o religión.
- Mujeres que lleven tratamiento durante el periodo de estudio.
- Mujeres que autoricen mediante consentimiento informado su participación en el estudio.
- Mujeres con disposición de contestar adecuadamente el cuestionario proporcionado, atendidas en la Unidad entre Abril-Mayo 2022.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que se encuentren con alguna incapacidad física o mental para responder los cuestionarios.
- Mujeres que no deseen participar en la investigación.
- Mujeres que cursen con diagnóstico de Cáncer de mama, pero con tratamiento fuera del lugar de estudio.

Criterios de eliminación:

- Mujeres que hayan aceptado participar pero que hayan contestado el cuestionario de manera inconclusa o incorrecta
- Mujeres que firmaron el consentimiento y la encuesta y posteriormente decidan retirarse del estudio.

Tamaño de la muestra

Se captarán a todas las pacientes que deseen participar durante el periodo del estudio Abril – Mayo 2022, las cuales se espera que sean aproximadamente 250 de acuerdo al censo de cirugía anual del departamento clínico de oncología ginecológica y que cumplan los criterios de inclusión.

Definición de las Variables:

Variable dependiente: Apoyo social

Variables independientes: Duelo y sus etapas, edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, lugar de residencia comorbilidades, tiempo de evolución, estadio, tratamiento actual, comorbilidades.

Variable.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Indicador.
VARIABLE DEPENDIENTE				
Apoyo social	La red de apoyo social está conformada por un conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan, efectiva o potencialmente, uno o varios tipos de ayuda que incluyen la compañía, el apoyo emocional, la ayuda práctica, económica y la guía cognitiva o consejo. ⁷	Se medirá a través del instrumento, cuestionario de MOS Como apoyo social global en: Apoyo máximo Apoyo intermedio Apoyo mínimo	Cualitativa ordinal.	Apoyo máximo Apoyo intermedio Apoyo mínimo
VARIABLES INDEPENDIENTES.				
Duelo	El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de	Se medirá a través del instrumento rpd-ps-38. Se determinará la etapa del duelo de acuerdo con la puntuación obtenida identificando cual es la que más se presenta <ul style="list-style-type: none"> • Negación. • Ira. • Negociación • Depresión. 	Cualitativa nominal política.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negación. 2. Ira. 3. Negociación 4. Depresión. 5. fe o esperanza. 6. aceptación

	sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe ⁽²⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> • fe o esperanza. • aceptación 		
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona desde la fecha de su nacimiento.	<p>Se medirá a través del cuestionario de datos sociodemográficos</p> <p>De acuerdo con lo indicado por la paciente en el cuestionario, a través de intervalo</p>	Cualitativa ordinal.	<p>a) 30 a 39 años</p> <p>b) 40 a 49 años</p> <p>c) 50 a 59 años</p> <p>d) 60 a 69 años</p>
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en el que se realiza la contención de la información	<p>Se preguntará en la encuesta las siguientes modalidades de estado civil:</p> <p>-soltera</p> <p>-casada</p> <p>-Unión libre</p> <p>-Viuda</p> <p>-separada</p> <p>-divorciada</p>	Cualitativa Nominal política	<p>1. soltera</p> <p>2. casada</p> <p>3. Unión libre</p> <p>4. Viuda</p> <p>5. separada</p> <p>6. divorciada</p>
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Grado de instrucción que posee una	Se medirá a través del cuestionario de datos sociodemográficos	Cualitativa ordinal.	<p>a) analfabeta.</p> <p>b) primaria.</p> <p>c) secundaria.</p> <p>d) bachillerato.</p> <p>e) técnico.</p> <p>f) licenciatura.</p> <p>g) posgrado.</p>

	persona.			
Nivel socioeconómico.	Es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación con otras personas.	Se medirá a través, del instrumento, El método de Graffar Método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas. Considera las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. Se considera estrato I (Muy buena): 4-6 puntos, estrato II (Buena): 7-9 puntos, estrato III (Aceptable): 10-12 puntos, estrato IV (Poco aceptable): 13-16 puntos, estrato V (Deficiente): 17-20 puntos.	Cualitativa ordinal	Estrato I Estrato II Estrato III Estrato IV Estrato V
Ocupación.	Trabajo, empleo u oficio. Actividad o trabajo.	Situación laboral actual de las entrevistadas	Cualitativa nominal	a) profesionista. b) comerciante. c) productores. d) empleados. e) obrero especializado. f) desempleado
Estadio cáncer	Herramienta que utiliza el equipo para determinar qué tan avanzado es su	Se medirá de acuerdo con el estadio mencionado por el médico oncólogo tratante al paciente. Estadios del 0 al	Cualitativa ordinal	a) Estadio I b) Estadio II c) Estadio III d) Estadio IV

	cáncer.	IV Estadificación del cáncer de mama según la clasificación TNM		
Tratamiento actual	Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo	Se medirá de acuerdo con el tratamiento explicado al paciente por parte de sus médicos tratantes o de acuerdo con la mencionada por el médico al paciente.	Cualitativa nominal politémica.	A) Quimioterapia B) Radioterapia C) Quirúrgico D) Hormonoterapia.
Comorbilidades	Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario	Se medirá de acuerdo con el conocimiento propio y experiencia del paciente Si No Y también identificando el tipo de comorbilidad: Diabetes Hipertensión Sobrepeso/obesidad ad otras	Cualitativa nominal dicotómica Cualitativa nominal politémica	1. Si 2. No 1. Diabetes 2. hipertensión 3. Sobrepeso/ obesidad 4. Otra

Descripción del estudio:

Previa autorización por los comités de ética en investigación y de investigación en salud, en coordinación con la jefatura del servicio de oncología ginecológica, el alumno y los investigadores, acudirán a la consulta externa de oncología del servicio de mama, para recabar la población muestra. Se impartirá un cuestionario que consta de 69 ítems, con duración de aproximadamente 15 minutos, antes del llenado de este se solicitará el consentimiento informado, se aclararán dudas del llenado y posterior a ello se procederá al llenado, una vez entregado se almacenará para su posterior recolección de información.

Instrumento:

- **Respuesta psicológica del duelo ante pérdida de salud. - RPD-PS-38:** escala utilizada para conocer como están elaborando el proceso de duelo por el que están pasando los pacientes con cáncer. De esta forma los profesionales de la salud que acompañan o trabajan a los pacientes en su proceso de enfermedad puedan identificar a las personas que podrían tener problemas al afrontar su duelo, e intervenir en el trabajo de duelo de riesgo y fortalecer los factores protectores ⁽²⁵⁾. Cuenta con un alfa Cronbach de 0.85. determina fases del duelo. 38 ítems. Presenta una estructura de 6 factores de primer orden correlacionados (negación, ira, promesas/negociación, fe/esperanza, depresión y aceptación), y dos factores independientes (reacción de afecto negativo ante la enfermedad y actitud positiva ante la enfermedad). El factor de negación conformado por 7 indicadores (ítems; 1,7,13,19,25,29 y 33), el de ira por 6 indicadores (ítems; 2,8,14,20, 26 y 30), promesas/negociación con 7 indicadores (ítems 3,9,15,21,27,31 y 35), l fe/esperanza por 4 indicadores (ítems; 4,10,16 y 22), depresión por 4 indicadores (ítems; 5,11,17 y 23) y el factor de aceptación por 10 indicadores (ítems 6, 11, 18, 24, 28, 32, 34, 36, 37 y 38) ⁽²⁶⁾.
- **Cuestionario de MOS:** el cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), diseñado como un cuestionario breve y autoadministrado en personas con enfermedades crónicas en los Estados Unidos, ha mostrado una adecuada variabilidad de los ítems. El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto ⁽²⁷⁾

La primera pregunta del cuestionario valora el apoyo social cuantitativo. Ello hace posible que conozcamos dos dimensiones de la red social: su composición, que, atendiendo a la relación de amistad o parentesco, puede ser de tres tipos: familiar, extrafamiliar o mixta, y su tamaño, que hace referencia al número de personas que componen la red social.

Las siguientes 19 preguntas se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5, y permiten conocer cuatro dimensiones del apoyo social cualitativo: emocional,

instrumental, afectivo y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social.

Los componentes principales soportaron los 19 ítems para las 4 subescalas: apoyo emocional/informacional ($k = 8, \alpha .96$), apoyo instrumental ($k = 4, \alpha .92$), interacción positiva ($k = 3, \alpha .94$), apoyo afectivo ($k = 3, \alpha .91$) (Sherbourne y Stewart, 1991).⁽²⁸⁾

Valoración del test:

Se utiliza la suma del valor correspondiente a:

-Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.

-Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

-Ayuda instrumental: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.

-Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.

-Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

	Máximo.	Medio.	Mínimo.
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional.	40	24	8
Ayuda material.	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo.	15	9	3

- **El método de Graffar** fue creado por el profesor Marcel Graffar de Bélgica, permite la estratificación social, partiéndose de un método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas⁽²⁹⁾. En Venezuela a partir de (1959) el Dr. Hernán Méndez Castellano, decide aplicar el método de estratificación social del Prof. Graffar de Bélgica, el cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDES; con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez, clasificándolo este en cuatro variables: Graffar-Méndez Castellano (1994), considera las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A

cada una de estas variables, se le asigna una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que varía entre 4 y 20, se considera estrato I: 4-6 puntos, estrato II: 7-9 puntos, estrato III: 10-12 puntos, estrato IV: 13-16 puntos, estrato V: 17-20 puntos, con una sensibilidad y especificidad del 84%. El resultado en alfa-Cronbach igual a 0,867, y una correlación entre los puntajes del cuestionario Socioeconómico y los puntajes del método Graffar-Méndez Castellano. ⁽³⁰⁾

Análisis estadístico

La presente investigación es de diseño observacional, analítico, por lo que se usara el paquete estadístico SPSS versión 24, determinando para variables cuantitativas medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rangos, en variables cualitativas frecuencias y porcentajes; para la asociación de variables. Estadística inferencial con χ^2 con paquete estadístico SPSS versión 24 y con significancia estadística $p < 0.05$.

RESULTADOS.

TABLA 1. EDAD REAL DE LAS PACIENTES. Con una muestra de 257 participantes, en relación a la edad de las pacientes estudiadas, se obtuvo una media de 51 años \pm DE, con una edad mínima de 30 años y máxima de 82 años. Por intervalo, se tuvo una frecuencia mayor en el grupo de 50-59 años, con un 31.1% (n=80) , la frecuencia menor encontrada fue en el intervalo de 70 años y as con un 6.6% (n=17). Ver tabla 1:

	N	Mínimo	Máximo	Promedio
EDADREAL	257	30	82	51.00
N válido (según lista)	257			
INTERVALOS DE EDAD.	Frecuencia (n).		Porcentaje (%).	
30-39	43			16.7
40-49		75		29.2
50-59		80		31.1
60-69		42		16.3
70 y mas		17		6.6
Total		257		100.0

TABLA 2. ESTADO CIVIL. De un total de 257 pacientes encuestadas, el grupo comprendido por las casadas fue el de mayor frecuencia con un 40.9% (n=105), seguido del grupo de mujeres viudas con un 21% (n=54), mujeres solteras con un 17.9% (n=46), mujeres en unión libre con un porcentaje de 16.7%(n=43), mujeres divorciadas 3.1% (n=8) y por último el grupo comprendido por mujeres separadas con un porcentaje de 0.4% (n=1). Ver tabla 2:

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Válidos	SOLTERA	46	17.9
	CASADA	105	40.9
	UNION LIBRE	43	16.7
	VIUDA	54	21.0
	SEPARADA	1	0.4
	DIVORCIDA	8	3.1
	Total	257	100.0

TABLA 3. OCUPACION. En cuanto a la ocupación encontramos que son las mujeres desempleadas quienes predominaron en nuestro estudio, comprendiendo el 38.9% (n=100) del total de las pacientes, seguido de las mujeres empleadas generales con un porcentaje de 23.3%(n=60), después las profesionistas con un 23%(n=59), las comerciantes con un 10.9%(n=28), por ultimo las obreras con un 1.9% (n=5) y productoras 1.9%(n=5). Ver tabla 3:

		Frecuencia (n).	Porcentaje (%).
Válidos	PROFESIONISTA	59	23.0
	COMERCIANTE	28	10.9
	PRODUCTOR	5	1.9
	EMPLEADO	60	23.3
	OBRERO ESPECIALISADO	5	1.9
	DESEMPLEADO	100	38.9
	Total	257	100.0

TABLA 4. ESCOLARIDAD. En cuanto al grado de estudio o escolaridad, el grupo predominante fueron las pacientes con licenciatura con un porcentaje total de 28.4%(n=73), seguidas por el grupo de las pacientes con bachillerato completo 24.5%(n=63), secundaria 22.6%(n=58), primaria 17.5% (n=45), carrera técnica 3.9%(n=10), posgrado 2.3%(n=6) y por ultimo analfabetas 0.8%(n=2). Ver tabla 4:

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%).
Válidos	ANALFABETA	2	0.8
	PRIMARIA	45	17.5
	SECUNDARIA	58	22.6
	BACHILLERATO	63	24.5
	TECNICO	10	3.9
	LICENCIATURA	73	28.4
	POSGRADO	6	2.3
	Total	257	100.0

TABLA 5. NIVEL SOCIOECONOMICO. La siguiente tabla muestra que fue el estrato número III el predominante con un porcentaje total del 45.1%(n=116), seguido por el estrato IV con un porcentaje de 25.3%(n=65), seguido del estrato II con un porcentaje total del 21.4%(n=55), por ultimo estrato I 4.3%(n=11) y el estrato V con un porcentaje 3.9%(n=10). Ver tabla 5:

		Frecuencia (n).	Porcentaje (%)
Válidos	ESTRATO I	11	4.3
	ESTRATO II	55	21.4
	ESTRATO III	116	45.1
	ESTRATO IV	65	25.3
	ESTRATO V	10	3.9
	Total	257	100.0

TABLA 6. COMORBILIDADES Y TIPO DE COMORBILIDADES. La siguiente tabla muestra que 58.8% (n=151) de las pacientes encuestadas presentaban además del cáncer algún otro diagnóstico de enfermedad y 41.2% (n=106) pacientes no presentaban alguna otra patología. De un porcentaje total del 100 por ciento, 58.4% (n=151) de las pacientes no presentaban ninguna otra comorbilidad asociada, 20.2% (n=52) presentaban comorbilidades distintas a la diabetes, a la hipertensión y al sobrepeso, 9.7%(n=25) del total presentaban hipertensión arterial, 8.6% (n=22) Diabetes tipo 2 y 3.1 %(n=8) sobrepeso u obesidad. Ver tabla 6.

		FRECUENCIA (n).	PORCENTAJE (%)
SI		106	41.2
NO		151	58.8
Total		257	100.0
TIPO DE COMORBILIDAD.		FRECUENCIA (n).	PORCENTAJE (%).
Válidos	DIABETES	22	8.6
	HIPERTENSION ARTERIAL	25	9.7
	SOBREPESO Y/O OBESIDAD	8	3.1
	OTRA	52	20.2
	NINGUNA	150	58.4
	Total	257	100.0

TABLA 7. TRATAMIENTO ACTUAL. Del total de pacientes encuestadas, 56% (n=144) llevaron tratamiento mixto, mismo que comprende una combinación entre quimioterapia, radioterapia, cirugía o tratamiento hormonal, 15.2% (n=39) desconocían el tratamiento que se les realizó, 11.7% (n=30) llevaron tratamiento únicamente a base de quimioterapia y 11.7% (n=30) a base de cirugía, 3.1% (n=8) se les realizó únicamente radioterapia y 2.3% (n=6) tratamiento a base de hormonas. Ver tabla 7:

		Frecuencia (n).	Porcentaje (%).
Válidos	QUIMIOTERAPIA	30	11.7
	RADIOTERAPIA	8	3.1
	QUIRURGICO	30	11.7
	HORMONOTERAPIA	6	2.3
	MIXTO	144	56.0
	DESCONOCE	39	15.2
	Total	257	100.0

TABLA 8. ESTADIO DE CANCER. Del total de pacientes encuestadas, 55.3% (n=142) de pacientes desconocen el estadio de cáncer en el que fueron diagnosticadas, 24.9% (n=64) pacientes fueron diagnosticadas en estadio 3, 15.2% (n=39) diagnosticadas en estadio 2, 3.1% (n=8) pacientes en estadio 4 y por último 1.2% (n=3) pacientes en estadio 1. Ver tabla 8:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESTADIO 1	3	1.2
	ESTADIO 2	39	15.2
	ESTADIO 3	64	24.9
	ESTADIO 4	8	3.1
	DESCONOCE	142	55.3
	Total	257	100.0

TABLA 9. APOYO SOCIAL. Del total de pacientes encuestadas, se encontró que el 81.7% (n=210) perciben el apoyo social recibido como Apoyo máximo, 17.1% (n=44) perciben su apoyo social como Intermedio y por ultimo 1.2% (n=3) perciben su apoyo social como mínimo. Ver tabla 9:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	APOYO MAXIMO	210	81.7
	APOYO INTERMEDIO	44	17.1
	APOYO MINIMO	3	1.2
	Total	257	100.0

TABLA 10. ETAPA DE DUELO. Del total de pacientes encuestadas, 92.2% (n=237) de las participantes se encontraron en etapa de aceptación del duelo, 3.9% (n=10) en negociación, 1.6% (n=4) en depresión, 1.2% (n=3) en ira, 0.8% (n= 2) en negación y 0.4% (n=1) en etapa de fe o esperanza. Ver tabla 10:

		Frecuencia (n).	Porcentaje (%).
Válidos	NEGACION	2	0.8
	IRA	3	1.2
	NEGOCIACION	10	3.9
	FE O ESPERANZA	1	0.4
	DEPRESION	4	1.6
	ACEPTACION	237	92.2
	Total	257	100.0

Tabla 11: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADA A APOYO EMOCIONAL EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA: a continuación se resumen las características sociodemográficas y el resultado de la prueba chi cuadrada de Pearson. Ver tabla 11:

<i>VARIABLE.</i>	<i>ESPECIFICA.</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>	<i>TOTAL (N)</i>	<i>P= chi cuadrada de Pearson.</i>
EDAD POR INTERVALO	30 a 39 años.	16.7%	43	0.071
	40 a 49 años.	29.2%	75	
	50 a 59 años.	31.1%	80	
	60 a 69 años.	16.3%	42	
	> 70 años.	6.6%	17	
Estado Civil.	Soltera.	17.9%	46	0.025.
	Casada.	40.9%	105	
	Unión libre.	16.7%	43	
	Viuda.	21%	54	
	Separada.	4%	1	
	Divorciada.	3.1%	8	
Nivel socioeconómico.	Estrato I.	4.3%	11	0.000010
	Estrato II.	21.4%	55	
	Estrato III.	45.1%	116	
	Estrato IV.	25.3%	65	
	Estrato V.	3.9%	10	
Ocupación.	Profesionista.	23%	59	0.476
	Comerciante.	10.9%	28	
	Productores.	1.9%	5	
	Empleados.	23.3%	60	
	Obrero especializado.	1.9%	5	
	Desempleado.	38.9%	100	

TABLA 12: CARACTERISTICAS CLINICAS DEL CANCER. La siguiente tabla muestra el cruce y calcula del apoyo social con todas las características clínicas del cáncer de mama.

VARIABLE.	ESPECIFICO.	FRECUENCIA (%)	TOTAL (n).	P= chi cuadrada de Pearson.
Estadio.	Estadio I.	1.2%	3	0.0000
	Estadio II.	15.2%	39	
	Estadio III.	24.9%	64	
	Estadio IV.	3.1%	8	
	Desconoce.	55.3%	142	
Tipo de tratamiento actual.	Quimioterapia.	11.7%	30	0.409
	Radioterapia.	3.1%	8	
	Quirúrgico.	11.7%	30	
	Hormonoterapia.	2.3%	6	
	Mixto	56%	144	
	Desconoce.	15.2%	39	
Comorbilidades.	Si	41.2%	106	0.043
	No.	58.8%	151	
Tipo de comorbilidades.	Diabetes.	8.6 %	22	0.010
	Hipertensión.	9.7%	25	
	Sobrepeso /obesidad.	3.1%	8	
	Otra	20.2%	52	
	Ninguna.	58.4%	150	

TABLA 13. ASOCIACION DEL APOYO SOCIAL Y LA ETAPA DE DUELO. Del total de participantes 2 se encontraban en etapa de negación, 3 en etapa de ira, 10 en negociación, 1 en esperanza, 4 en depresión y 237 en aceptación. Ver tabla 13:

		DUELO						Total
		NEGACION	IRA	NEGOCIACION	FE O ESPERANZA	DEPRESION	ACEPTACION	
APOYO MAXIMO		1	1	8	1	1	198	210
APOYO INTERMED IO		1	2	2	0	0	39	44
APOYO MINIMO		0	0	0	0	3	0	3
		2	3	10	1	4	237	257

DISCUSIÓN.

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo. En México, a partir de 2006 éste ocupa el primer lugar de mortalidad por tumor maligno en las mujeres mayores de 25 años,4 desplazando de esa posición al cáncer cervicouterino⁽²²⁾.

El apoyo social percibido (apoyo que el individuo cree estar disponible si lo necesita), es relevante porque incluye los significados y las representaciones psicológicas de apoyo para cada persona, así como la evaluación de la satisfacción de las relaciones de apoyo en la que se está involucrando. Por lo tanto, la experiencia de un evento de vida depende más de las características del evento en sí, pues envuelve características, significados y evaluaciones que el individuo hace para que el apoyo sea efectivo⁽²³⁾.

El duelo en las pacientes con cáncer empieza con las reacciones ante tal diagnóstico que las hace sentirse decepcionadas, ya que en el desarrollo de su vida por lo menos una mínima parte de sus intereses fue la imagen y el cuidado del cuerpo, y las reacciones ante el diagnóstico las llena de ira y rencor, se compadecen de ellas mismas al pensar que tienen una desventaja o limitación hacia las actividades de su medio, así mismo podemos plantear que empiezan a considerarse con un cuerpo carente pero poco a poco van asimilando este ciclo, tanto ellas como su familia⁽²⁴⁾.

El objetivo principal de este estudio fue “Comparar el nivel de apoyo social en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en cada una de las etapas del duelo.”, encontrándose en todas las etapas del duelo el apoyo máximo como el principal percibido por las pacientes.

S. Díaz & F. Zuñiga en su estudio titulado, “Duelo en mujeres con cáncer de mama”, llevado a cabo en Hospital General de Zona No. 2 IMSS de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, y el cual tenía por objetivo general, describir las etapas del proceso de duelo de las pacientes con cáncer de mama, especificando los siguientes resultados “en el caso de nuestras pacientes se encontró que si no fuera por ellas mismas y por el deseo que tienen de seguir adelante junto con el apoyo de su familia, estarían estancadas en el proceso de negación, ya que la mayoría de ellas expresa que fue algo difícil de aceptar después de saber su diagnóstico.”, esto difiere de nuestro estudio en donde el 92.2% de las pacientes participantes se encontró en etapa de “aceptación”, esto asociándolo al apoyo social percibido en todas las etapas del duelo el apoyo

social percibido por las pacientes es máximo en su mayoría, esto es justificado por ellos de la siguiente manera “ellas no han asimilado todo lo que ha cambiado la enfermedad en sus vidas y como tal no hay aceptación del todo aunque están conscientes de que tienen que salir adelante a pesar de las circunstancias.”⁽²⁴⁾. Por otro lado **Forgiony y cols.** En su estudio titulado “Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer”, un estudio de revisión documental entre los años 2015-2018, en donde se tuvo por objetivo “describir la tipología de tratamientos e impactos en pacientes con cáncer y sus familiares o cuidadores, y la interpretación y comprensión de la innovación pragmática de la problemática”, y donde concluyeron lo siguiente, “En la atención a la red de apoyo la psicología grupal fortalece la educación de la familia frente al estado de salud del paciente, para fomentar la adaptabilidad de la familia frente al proceso médico. Así mismo, el propósito grupal de los familiares es ser un factor protector en el desarrollo del tratamiento y en la posible mejora; intervenciones enfocadas desde diversos modelos, técnicas y herramientas demuestran como el impacto generado en la salud mental del paciente repercute en las percepciones de su red de apoyo”, lo anterior comparte con nuestro estudio, ya que el 81.7% de las participantes perciben su apoyo social global como máximo, esto demuestra que la mayoría de las pacientes dependen totalmente del apoyo de sus relaciones interpersonales ya sea de pareja, hijos, hermanos, amigos o compañeros de trabajo, todo esto para tener una mejor evolución en el proceso de duelo ⁽²⁵⁾. En otro estudio similar publicado en el año 2017 **Azcarate García y cols.** Realizaron un trabajo titulado “Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México”, el cual tuvo por objetivo general “determinar la percepción de mujeres en seguimiento por cáncer de mama respecto al apoyo social en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México”, y en el cual se utilizó un instrumento de análisis diferente al nuestro llamado DUKE UNK cuestionario validado inicialmente en población española, el cual evalúa de manera cuantitativa el apoyo social con un alfa de Cronbach de 0.90, se obtiene la categoría de apoyo normal con 33 puntos o más y escaso apoyo con 32 puntos o menos, de manera que a menor puntuación disminuye dicha percepción, en dicho estudio se obtuvieron los siguientes resultados, 74% de las participantes percibía un apoyo social normal, mientras que 26% lo percibía en un nivel escaso, esto concuerda con nuestro estudio en donde el 81.7% de las pacientes perciben su apoyo social como máximo, además en dicho estudio se evaluaron otras variables iguales a las evaluadas en nuestro estudio entre las que se incluyen las siguientes: “el rango de edad más frecuente en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fue de entre 61 a 70 años de edad con 28.1%, Predominó la escolaridad primaria y secundaria con 30.2%, en cuanto al estado civil, 56.2% eran casadas”, en

comparación con nuestro estudio donde la edad predilecta fue la comprendida entre 50-59 años de edad con un total de 31.1% de las participantes, en cuanto a la escolaridad fueron las mujeres con licenciatura la mayoría con un total de 28.4% y por último el estado civil donde se comparte que fueron las pacientes casadas las que presentaron mayoría con un total del 40.9% del total, sin embargo dicho estudio difiere con el nuestro en que ellos valoraron pacientes en seguimiento de cáncer de mama en primer nivel de atención y nuestra valoración se realizó con pacientes en 3er nivel de atención en donde la mayoría se encuentran con diagnóstico reciente o en tratamiento, lo cual modifica totalmente las variables sociodemográficas obtenidas, en cuanto a la similitud de que la mayoría de sus pacientes en estudio fueron casadas y nuestra población de igual forma, así como que la mayoría percibe su apoyo social como máximo o normal, nos da a entender que el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de todas las pacientes siempre es apoyado por su grupo social más cercano y que a pesar de la etapa de duelo o el proceso de salud enfermedad por el que atraviesan, la mayoría logra tener una adaptación funcional. ⁽²⁶⁾

CONCLUSIONES.

De acuerdo con la investigación realizada encontramos que existe una asociación significativa entre el estado civil, el nivel socioeconómico, el estadio de cáncer y las comorbilidades de la paciente respecto al apoyo social percibido. Esto demuestra que dichas variables influyen directamente en como la paciente puede percibir el apoyo recibido durante el cáncer de mama.

Las mujeres que participaron en estudio percibieron en su mayoría el apoyo social como máximo, esto demuestra que dicho acompañamiento es pieza fundamental para afrontar la enfermedad, más aun cuando dicho apoyo proviene de la pareja ya que fueron las mujeres casadas quienes predominaron en el estudio.

El pertenecer al estrato III, el cual se puede entender como población clase media o con un nivel socioeconómico aceptable, únicamente nos demuestra que la población encuestada es población derechohabiente trabajadora, ya que hablando del estrato I y II considerado como clase alta recibe en su mayoría atención medica particular y la población en estrato IV y V, consideradas como pobreza y pobreza extrema en ocasiones no tienen acceso a servicio médico de ningún tipo y si lo llegan a tener, en su mayoría reciben atención de la dependencia publica y no de un sector tripartita como lo es el IMSS.

El que el 55.3% de la población estudiada desconociera el estadio de cáncer en que se encuentra, nos habla que la mayoría de los médicos de tercer nivel omiten esta parte, ya que al cuestionar a las pacientes la mayoría comentaban no haber sido notificadas por su médico respecto a este rubro, lo anterior siendo explicado por los mismos médicos, ya que consideran en una gran proporción que este es un rubro un tanto más clínico y que no difiere en cómo se comportara la evolución del paciente respecto a decirlo o no durante la consulta.

Se acepta la hipótesis alterna, ya que al realizar la asociación entre el apoyo social y la etapa de duelo en la que se encuentra la paciente esta mostro una $P = 0.000001$, misma que muestra significancia estadística, por lo que se determina que la percepción máxima del apoyo social se encontrara en su mayoría en pacientes con cáncer de mama en etapa de duelo más avanzada. Por lo que se concluye que el apoyo social percibido, depende de la etapa de duelo en la que se encuentra la paciente, mientras más avanzada se encuentre la etapa de duelo, la paciente percibirá de manera máxima su apoyo social.

RECOMENDACIONES.

La prevención en el cáncer de mama es un tema primordial a nivel de salud pública sin embargo con el presente estudio nos podemos dar cuenta que está encaminada de una manera desproporcional o sigue siendo insuficiente, por lo anterior se sugiere lo siguiente:

A pesar que la bibliografía nacional e internacional mencionan la prevalencia mayor del cáncer entre los 40-60 años, encontramos que el 22.9% son mujeres arriba de los 60 años que siguen en tratamiento y seguimiento en 3er nivel, por lo que se sugiere se pueda generar una amplitud en el rango de edad para la realización del tamizaje, ya sea a base de mastografía o ultrasonido.

A pesar que no fue algo cuantificado, la mayoría de las mujeres mencionaban no haber recibido atención por parte del psicología al momento de la encuesta, sin embargo la mayoría de ellas se encontraron en etapa de aceptación, esto demuestra que si se encuentran en una etapa funcional a pesar del cáncer, si esta llevara acompañamiento desde el diagnóstico en 3er nivel su evolución sería aún más favorable, por lo que se recomienda la implementación de módulos con especialistas en psicooncología para acompañar a todas las pacientes en su duelo.

Las mujeres desempleadas fueron las predominantes, con un 38.9% del porcentaje total, las fuentes bibliográficas consultadas nos dicen que el proceso de duelo en estas pacientes en ocasiones llega a ocasionar pérdidas funcionales lo que conlleva a cambios en su rutina, como pudiera ser la pérdida de su empleo, lo que significa pérdida de independencia y el inicio de un nuevo duelo, en este sentido se sugiere la capacitación de dichas empresas para explicar la importancia de continuar empleándolas y de ser necesario ubicarlas en un puesto que requiere de capacidades acordes a ellas.

A pesar de que la obesidad, sobrepeso e hipertensión mostraron estar presentes en un 21% únicamente del total de nuestra población estudiada no debemos dejar detrás el fortalecimiento de estrategias que dejen de tras los hábitos que nos puedan llevar a desarrollar este tipo de enfermedades que fomentan el desarrollo del cáncer como son, el ejercicio, la alimentación y evitar el exceso de aquellos hábitos nocivos.

Se recomienda a los médicos de tercer nivel de atención que aunque pueda sonar un tecnicismo o terminología rebuscada, se insta a que a toda paciente se le mencione el estadio de cáncer en el que se encuentran y de ser posible dar la connotación de lo que esto implica, ya que es parte de una adecuada comunicación médico paciente, y no sabemos si esto pueda influir en un aspecto negativo al no hacerlo.

BIBLIOGRAFIA.

1. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. México; Secretaría de Salud. 2009.
2. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación. 2011; Segunda Sección: 11-20
3. Sanfilippo B, Cáncer de mama. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. 2008. Ciudad de México.
4. Madrigal U A, Mora R B, Generalidades de cáncer de mama para médico general; Med. leg. Costa Rica; 2018; 35 (1): 1-7.
5. Reynoso- Noverón N, Torres-Domínguez JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual; 2018; 8(1): 9-10.
6. Dórame-López NA, Tejada-Tayabas LM, Galarza-Tejada DM. Moreno-González MM. Detección precoz del cáncer en la mujer, enorme desafío de salud en México. Algunas reflexiones. Revista Salud Pública Y Nutrición. 2017; 16(3): 14-22.
7. Espinosa R M. Cáncer de mama. Revista Médica Sinergia. 2018; 2(1): 8-9.
8. Ovelar Z-I. El impacto del cáncer en la familia. EVNTF. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>. 12 noviembre 2021.
9. Acosta-Zapata E, López-Ramón C, Martínez-Cortés ME, Zapata-Vázquez R Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Horizonte Sanitario. 2017; 6(2): 140-146.
- 10.- Arias C J. La red de apoyo social: Cambios a lo largo del ciclo vital. Revista Kairós Gerontología. 2015; 18(20): 149-170
- 11.- Forgiony S J, Bonilla C J, Moncada G A. Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. Arch. Venez. Farmacol. Rer. 2019; 38(5): 653-660.
- 12.- Molano T N, Vélez V P, Percepción acerca del cáncer de mama en un grupo de mujeres de un hospital en Popayán, Colombia. Revista MH Salud. 2017; 13 (2): 1-8.
- 13.- Azcárate-García E, Valle-Matildes U, Villaseñor-Hidalgo R, Gómez-Pérez AI. Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. Aten Fam 2017. 24(4). 169-172

- 14.- Corcoles V C. El Duelo Oncológico: Las pérdidas del cáncer. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50830> 14 octubre 2021
- 15.- Fernández H M, Hernández M L. Comunicación intra-familiar y cáncer de mama. *Psicooncología*. 2018; 15(1): 103-108
- 16.- Rodríguez Loyola Y., Costas-Muñiz R. El diagnóstico de cáncer de mamas desde una perspectiva familiar: Retos para la Psico-oncología en América Latina. *Interam. J. Psychol.* 2013; 47(1): 121-130.
- 17.- Mejía T A M., Herrera C B D, Basabe B Importancia de las redes de apoyo en el tratamiento físico y psicológico del adulto mayor con diagnostico oncológico. [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18076>. 11 noviembre 2021.
- 18.- Durantes G B., López S. Apoyo Social, depresión y Cáncer. Trabajo fin de grado enfermería: Universidad de Cantabria. 2016. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8931/Durantes%20Gomez%20B..pdf?sequence=4>. 11 noviembre 2021.
- 19.- Díaz S., Zúñiga F. Duelo en mujeres con cáncer de mama. Trabajo para obtener título de grado. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas Facultad de Ciencias Humanas. https://www.ecorfan.org/handbooks/Ciencias%20Administrativas%20y%20Sociales%20T_IV/articulo_23.pdf. 11 noviembre 2021.
- 20.- Morales BPM., Cifuentes LJ, Uribe MGMP. Duelo corporal en pacientes con cáncer de mama, implicaciones en la calidad de vida. Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18118>. 11 noviembre 2021.
- 21.- Martín Q J C., Álvarez-Dardet S M. Instrumentos para la evaluación del contexto familiar. V Jornadas de Parentalidad Positiva (<http://www.vjornadasparentalidad.es>) 11 noviembre 2021.
22. Cárdenas-Sánchez J, Bargalló-Rocha E, Erazo-Valle A, Maafs-Molina E, Poitevin-Chacón A. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2013. 12(3): 4-55.
23. Schneider-Hermel J, Pizzinato-Magalo A, Calderón-Urbe. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*. 2015. Vol. 33 (2): 439-467.
24. Díaz S, Zuñiga F. Duelo en mujeres con cáncer de mama. https://www.ecorfan.org/handbooks/Ciencias%20Administrativas%20y%20Sociales%20T_IV/articulo_23.pdf Fecha revisión: 09.08.2022

25. Forgiony-Santos J, Bonilla-Cruz N, Moncada-Grass A, García-Castañeda A. Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2019. 38 (5); 654-660.
26. Azcarate-García E, Valle-Matildes U. Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. TEN FAM 2017;24(4): 169-172.

ANEXOS.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
	UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (Anexo 1) Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.	
	Nombre del estudio:	APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA ASOCIADO A LA ETAPA DE DUELO.
	Patrocinadores externos (si aplica):	NO APLICA.
	Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 en CDMX a ____ de ____ del 2021.
	Número de registro institucional:	PENDIENTE
	Justificación y objetivo del estudio:	Es de vital importancia identificar en las pacientes como perciben su apoyo social durante el duelo secundario a la pérdida de la salud. Diversos concluyen que el percibir un apoyo social normal es equivalente a sentirse amado y estimado, lo cual promueve las acciones para mejorar la salud y alivia el impacto de las enfermedades, además de facilitar el afrontamiento, la integración y el bienestar psicológicos, todos los aspectos mencionados anteriormente favorecen el grado de adaptación ante un estímulo tan estresante como lo es el cáncer. De ahí la importancia de continuar con el análisis minucioso en del tema, sobre todo en uno de los Hospitales que más pacientes con cáncer de mama atiende a nivel estatal e institucional, siendo el objetivo de este estudio el determinar el apoyo social en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, asociado a la etapa de duelo.
	Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta de datos generales, en cuanto a que familiares le ayudan en este momento y como se siente en relación con su enfermedad del cáncer de mama.
	Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud, sin embargo, puede generar cierta incomodidad en responder alguna de las preguntas, al tocar temas sensibles de tu familia. El tiempo aproximado para contestar la encuesta es de 15 minutos
	Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio.	No recibirás ningún beneficio directo en la participación en el estudio, sin embargo al conocer con quien cuenta de apoyo durante esta etapa del cáncer de mama y de cómo se siente usted, se espera que los resultados contribuyan a proponer estrategias que pueda aplicar el personal de salud el sobre los cambios benéficos que tiene la paciente al recibir una adecuada fuente de apoyo familiar. De esta forma al darlo a conocer a médicos tratantes se beneficiara a futuras pacientes

		atendidas por ellos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		En caso de que usted desee solicitar sus resultados, se le entregaran de manera personal, solo bastara con solicitarlo a través de su número de folio que puede observarlo en la encuesta. Al número 57245900 Extensión 23726, en horario de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hrs.
Participación o retiro:		Usted puede decidir no participar o abandonar el estudio en el momento que lo desee, sin verse afectada su atención integral por el IMSS.
Privacidad y confiabilidad:		Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada en todo momento.
Declaración de consentimiento:		
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:		
	<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en el estudio
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigadora o Investigador Responsable:		Dr. Juan Luis Aboites Lucero, jefe de Servicio Oncología Ginecológica UMAE HGO3 CMN La Raza. Calz. Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza, Azcapotzalco, Ciudad de México. CP. 02990. Tel: 57245900 Extensión 23726 (De 08 a 15 horas). Correo electrónico: juan.aboites@imss.gob.mx
Colaboradores:		<p>Pérez López Danae. Médico Familiar. Matricula 98351807. Unidad de Medicina Familiar número 20 "Vallejo". Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, 07760 Ciudad de México, CDMX. Teléfono 55.57.87.44.22, extensión 15320. Correo electrónico: danaeperez@hotmail.com</p> <p>Gómez Cano Mario Alberto. Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98358730. Unidad de Medicina Familiar número 20 "Vallejo". Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, 07760 Ciudad de México, CDMX. Teléfono 55.57.87.44.22, extensión 15320. Correo electrónico: m_alberto25@hotmail.com</p>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación: Calz Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990. Teléfono (55) 5724 5900 extensión 23768, en horario de 07:00 a 13:30 horario de lunes a viernes, o al correo electrónico: efreen.montano@imss.gob.mx Declaración de consentimiento informado. Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de		

consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre del paciente

Firma

Nombre, firma y matrícula del encargado de solicitar el consentimiento informado. Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre, firma y matrícula del encargado de obtener el Consentimiento Informado

Firma

Firma del testigo 1 Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Testigo 1

Nombre, dirección, relación

Firma

Firma del testigo 2. Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Testigo 2

Nombre, dirección, relación

Firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20. Encuesta para evaluación del tema:
---	---

No. De Folio: _____

ENCUESTA PARA CONOCER SOBRE COMO LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA IDENTIFICA SU APOYO SOCIAL Y COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO ANTE ESTA ENFERMEDAD.

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de preguntas, acerca de sus datos generales. Si tiene alguna duda, puede dirigirse a la persona que le proporciona la encuesta. Gracias por su participación. **Escriba en las líneas correspondientes lo que se le solicita, si necesita ayuda puede dirigirse a quien le proporcione esta encuesta.**

1. Edad: _____	2. Ocupación: _____
3. Estado Civil: _____	4. Escolaridad: _____

1. En el siguiente cuadro, seleccione con una “X” en cada una de las categorías la opción que más se adapte a su situación familiar.

INDICADOR	PTS	COLOQUE UNA X	ITEM
PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA.	1		Profesión universitaria, banqueros, alta productividad.
	2		Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3		Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4		Obreros especializados (Primaria completa).
	5		Obrero no especializado (Primaria incompleta).
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.	1		Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2		Técnica superior completa. Secundaria completa.
	3		Secundaria incompleta.
	4		Primaria completa o alfabeto.

	5		Analfabeta.
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO	1		Fortuna heredera o adquirida.
	2		Honorarios profesionales.
	3		Sueldo mensual.
	4		Salario semanal, por día.
	5		Donaciones.
CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	1		Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con gran lujo.
	2		Vivienda optima con lujos sin excesos.
	3		Vivienda con buenas condiciones, sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.

2. Actualmente donde vives (ejemplo: Ciudad de México, estado de México, Hidalgo):

3. ¿Padeces alguna enfermedad aparte del cáncer de mama?

Si () No ()

4. Especifica qué tipo de enfermedad: _____

5. ¿Qué tipo de tratamiento se te aplica o se te aplico para el Cáncer?

6. Si sabe en qué etapa de la enfermedad, le mencionaron sus médicos que se encuentra. Menciónelo:

Cuestionario MOS: A Continuación, se te presentan unas preguntas relacionadas con tu familia, favor de contestar lo más apegado a lo que tú percibes según lo solicitado.

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienes? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre). **Escribe el número de los amigos íntimos y familiares cercanos con los que cuentas:** _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con que frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? **Marque con un círculo uno de los números de cada fila.**

CUESTIONES. ¿Cuenta con alguien?	NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	ALGUNAS VECES (3)	LA MAYORÍA DE LAS VECES (4)	SIEMPRE. (5)
2.- Que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3.- con quien pueda contar cuando necesite hablar.					
4.-Que le aconseje cuando tenga problemas.					
5.- que le lleve al médico cuando lo necesite.					
6. Que le muestre amor y afecto.					
7. Con quien pasar un buen rato					
8. Que le informe y ayude a entender la situación.					
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Que le abrace					
11. Con quien pueda relajarse					
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13. Cuyo consejo realmente desee					
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15. Que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					

18. Con quién divertirse					
19. Que comprenda sus problemas					
20. A quien amar y hacerle sentirse querido					

Instrucciones: A continuación favor de colocar una X posterior a cada oración presentada especificando con qué frecuencia experimenta estas acciones de sentimientos y pensamientos en relación a su proceso del cáncer de mama

No.	Enunciado	Frecuencia.				
		Nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (6)
1	Niego completamente que estoy enfermo.					
2	21.- actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.					
3	3.- realizo promesas o suplicas a un ser supremo con la intención de tener un presente más favorable.					
4	32. la f me ayuda a pensar positivamente.					
5	28. tengo ganas de estar todo el dia acostado.					
6	5. aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a la vida.					
7	15. no necesito cuidarme pues no estoy enfermo.					
8	31. me enojo con la vida por tener la enfermedad.					
9	8. Busco una alianza con un ser supremo para que me cure.					
10	37. pienso que mi fe mejorara mi salud.					
11	43. no tengo ganas de hacer nada.					
12	10. aceptar la enfermedad me permite estar bien.					
13	45. me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero evitarla.					
14	36. me enojo conmigo mismo por tener la enfermedad.					
15	17. prometo portarme mejor para mejorar mi salud.					
16	42. pienso que mi fe me ayudara a salir adelante.					
17	53. siento que se me acaban las fuerzas.					
18	19. me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.					
19	55. niego la enfermedad por miedo a que me lastime.					
20	41. siento mucho coraje por tener la					

	enfermedad.					
21	12. Negociar con un ser supremo me da fuerza.					
22	57. pienso que mi fe me ayudara a tener un futuro mejor.					
23	58.he perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.					
24	24. estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.					
25	60. me siento mejor al negar la enfermedad.					
26	46. pienso porque a mí.					
27	22. me siento mejor al realizar promesas o suplicas a un ser supremo.					
28	29. al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.					
29	62. no quiero enterarme de lo que sucede.					
30	51. siento que es injusto tener la enfermedad.					
31	27. prometo ser mejor persona si me recupero.					
32	34. acepto el hecho d tener la enfermedad.					
33	64. no puedo creer que tenga la enfermedad.					
34	44. tomo las cosas como son.					
35	52. realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.					
36	59. pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.					
37	61. aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquilo.					
38	65. aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.					