



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA 5, NOGALES, SONORA**

**TITULO:**

**“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE  
PORTADOR DE CÁNCER DE MAMA”**

**TESIS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. JESÚS RAMÓN OJEDA CASTILLO**

**NOGALES, SONORA**

**AÑO 2013**

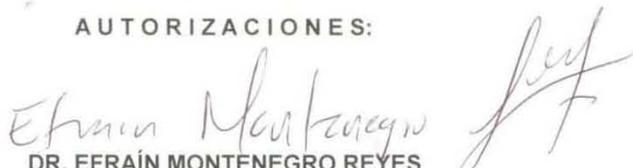
"EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE  
PORTADOR DE CÁNCER DE MAMA"

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JESÚS RAMON OJEDA CASTILLO

AUTORIZACIONES:

  
DR. EFRAÍN MONTENEGRO REYES

ASESOR DE TEMA Y METODOLOGÍA DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN

EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 5, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL DE NOGALES, SONORA

  
DR. ADRIAN AMILCAR RUELAS ACOSTA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 5, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL DE NOGALES, SONORA

NOGALES, SONORA

AÑO 2013

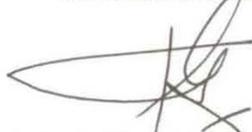
**EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS CON UN  
INTEGRANTE PORTADOR DE CANCER DE MAMA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

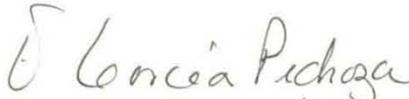
PRESENTA

**DR. JESÚS RAMÓN OJEDA CASTILLO**

AUTORIZACIONES



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



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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## INDICE:

Resumen.....	1
Marco teórico.....	3
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	13
Objetivos.....	15
- General.....	15
- Específicos.....	15
Metodología.....	16
- Diseño del estudio.....	16
- Universo de trabajo.....	16
- Tamaño de la muestra.....	16
- Lugar y fecha.....	16
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	17
- Definición de variables.....	18
- Descripción general del estudio.....	21
- Aspectos éticos.....	23
Resultados.....	24
- Descripción de los resultados.....	24
- Tablas (cuadros) y gráficas.....	26
Discusión.....	36
Conclusiones.....	38
Referencias bibliográficas.....	39
Anexos.....	43

## RESUMEN

### EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE PORTADOR DE CÁNCER DE MAMA.

Ojeda-Castillo JR, Montenegro-Reyes E.

**INTRODUCCIÓN:** Toda familia que se enfrenta al diagnóstico de cáncer de mama en algunos de sus miembros, sufre modificaciones en su funcionalidad, lo cual puede ayudar o perjudicar al paciente dependiendo de la capacidad familiar para adaptarse a los cambios en dicho núcleo familiar.

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de funcionalidad en hogares con un integrante portador de cáncer de mama.

**TIPO DE ESTUDIO:** Estudio transversal simple descriptivo y prospectivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Esta investigación se llevo a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 5, Nogales, Sonora, durante los meses de marzo a mayo del 2012. Se realizó mediante muestreo no aleatorizado por conveniencia y se incluyeron en el estudio a la totalidad de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que acudieron a consulta en el periodo de tiempo antes mencionado acompañado por al menos un familiar. Se utilizó el instrumento FACES III para evaluar la funcionalidad familiar, el cual se trata de un instrumento validado y especialmente diseñado para este fin.

**RESULTADOS:** Se realizaron un total de 125 encuestas, 60 aplicadas a pacientes y 65 a familiares. Los resultados en relación a la funcionalidad en el grupo de pacientes fueron los siguientes, familias; balanceadas 16 (26.7%), de rango medio 29 (48.3%) y extremas 15 (25.0%). La funcionalidad en el grupo de familiares fue; familias balanceadas 22 (33.8%), rango medio 31 (47.7%), extremas 12 (18.5%).

**CONCLUSIONES:** En ambos grupos de encuestados se determinó que la mayor parte de las familias se encuentra con una funcionalidad de rango medio, lo cual traduce en que son familias con disfunción moderada. Por ello es de gran importancia abordar y mantener a las familias como recurso principal de ayuda psicosocial y protectora, para con ello evitar los cambios en la funcionalidad familiar en este tipo de padecimientos.

**PALABRAS CLAVE:** Cohesión, adaptabilidad, funcionalidad familiar, cáncer de mama.

## **MARCO TEÓRICO:**

Ante una enfermedad (en especial crónica) los miembros de la familia pueden organizarse de diferentes maneras. Existen dos extremos: unirse y centrarse en la discapacidad, perjudicando la independencia de todos o desintegrarse, ocasionando distanciamiento uno de otros. Entre estos dos extremos existe una gama de posibilidades intermedias. La conducta que adopte la familia se vincula directamente con la fase del ciclo vital que está atravesando, la estructura y el funcionamiento familiar anterior a la enfermedad, el tipo de enfermedad y la red de apoyo comunitario y profesional. El impacto de la enfermedad es considerable y exige cambios de roles y redistribución de tareas. Cabe preguntarse entonces, si el sistema tiene la suficiente flexibilidad como para permitir estos cambios<sup>1</sup>.

En toda familia se tienen características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, estas características engloban el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad, los límites representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser claros, difusos o rígidos y la

comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser directa, enmascarada o desplazada<sup>2</sup>.

En trabajos previos se ha reconocido que la dinámica familiar basada en el funcionamiento familiar, puede ser considerada un factor de riesgo predominante para los problemas de ideación suicida e intento suicida, problemas psicopatológicos, rendimiento académico y trastornos de conducta. Sin embargo, ninguno ha analizado la cohesión y adaptabilidad familiar como una característica que en mayor o menor medida tienen todas las familias y que puede variar desde el rango extremo (disfuncionalidad familiar) hasta el rango balanceado (funcionalidad familiar), según el modelo circunflejo de la dinámica familiar de Olson<sup>3</sup>.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. Actualmente contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace más de 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja. Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson y traducido al español en el 2001 y en el 2003 utilizado en México por Gómez Clavelina e Irigoyen para la evaluación de funcionalidad familiar, el cual a la fecha

constituye uno de los instrumentos más ampliamente utilizados y con un adecuado nivel de validez y confiabilidad <sup>2</sup>.

En recientes publicaciones se hace mención a que se tienen ya en período de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia aunque aún no están adaptados a nuestro medio <sup>2</sup>.

La característica del Cáncer de Mama (adenocarcinoma) es que es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria formando un tumor que invade los tejidos vecinos y tiene la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de algunos genes<sup>2,3,4</sup>. Todos los tipos de cáncer de mama son derivados de las células epiteliales de la unidad lobulillar ductal terminal. Las células malignas que se mantienen dentro de la pared celular de los elementos de la unidad lobulillar ductal terminal son clasificados como carcinoma in situ o no invasivo. Un cáncer de mama invasivo es aquél en el cual hay diseminación de las células malignas fuera de la membrana basal de conductos de lóbulos de la unidad lobulillar. El cáncer de mama es una enfermedad clonal, es decir, que una única célula transformada (resultado de una serie de mutaciones somáticas -adquiridas- o de la línea germinal -heredadas-) es capaz de expresar todo el potencial maligno; por lo tanto, el cáncer de mama puede existir durante un largo periodo como enfermedad no infiltrante o como una enfermedad infiltrante pero no metastásica<sup>6,7,8</sup>.

A diferencia de la mujer el cáncer de mama en el hombre es una entidad clínica poco frecuente, tiene una presentación unimodal a los 71 años de edad. De manera similar a lo que ocurre en la mujer, su causa es poco conocida y parcialmente caracterizada. La presentación familiar se debe principalmente a mutaciones en el gen BRCA2. Existen diversos factores de riesgo, los más importantes son: disfunción gonadal, hiperestrogenismo, obesidad, ingesta elevada de alcohol; sin embargo, la ginecomastia no parece incrementar el riesgo. El retraso en el diagnóstico es muy común debido a la ignorancia de la presentación de esta enfermedad en el hombre, por lo que el diagnóstico ocurre en la mayoría de los casos en una etapa clínica III o IV. La gran mayoría de los tumores son de origen ductal, siendo el 10% carcinoma in situ<sup>9</sup>.

En diversos estudios reportados el cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Austria y algunos países de América latina<sup>5,10,11</sup>. La incidencia es variable en los diferentes países con cifras elevadas en el norte de Europa, 129 x 100.000 mujeres en los países escandinavos, 110 x 100.000 en Italia y Estados Unidos de Norteamérica, 95 x 100. 000 en Holanda y Reino Unido, y tasa pequeñas en países asiáticos como Japón con una tasa reportada de 30 x 100.000 mujeres<sup>10</sup>.

En varios países desarrollados, en particular Europa Occidental y Norteamérica, la mortalidad por cáncer de mama muestra una tendencia a la baja. En Estados Unidos de América se calcula que de 1990 a 2007 la mortalidad en mujeres menores de 70 años disminuyó entre 19 y 38%, en especial en el grupo de

mujeres que desarrollaron tumores con receptores estrogénicos. Este descenso de la mortalidad se explica tanto por los programas de tamizaje como por los adelantos terapéuticos<sup>7,12</sup>.

En México, el cáncer de mama es un importante problema de salud pública ya que con el tiempo, la mortalidad y el número de casos se han incrementado paulatinamente. A partir de 2006 ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en las mujeres de 25 años en adelante y ha desplazado de esta posición al cáncer cervicouterino<sup>7,10,11,13,14</sup>.

Actualmente el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres entre los 40 a 55 años de edad. En México se presenta el 45.5%, se ve en menores de los 50 años; de manera semejante en el 14% entre los 30 a 39 años y 60 a 69 años y más<sup>5</sup>. El análisis de la mortalidad por área geográfica muestra variaciones importantes por entidad federativa. Diez estados concentran el 50% de las muertes por esta causa, los cuales se ubican principalmente en el norte del país, además de Jalisco y el Distrito Federal. De las 4,461 muertes que se produjeron en 2006 en todas las edades, 68% ocurrió en mujeres mayores de 50 años, con una edad promedio al morir de 58.3 años<sup>10,15,16,17</sup>.

La historia natural del cáncer de mama permite que esta entidad pueda estar diagnosticada de manera temprana, por lo que se ha demostrado el valor de las campañas de detección temprana en la disminución de la mortalidad por esta entidad<sup>5</sup>. Para disminuir la incidencia del Cáncer de Mama es muy importante en insistir en la autoexploración mamaria a partir de los 18 años de edad y en el

estudio de mamografía para las mujeres mayores de 40 años de edad. Además de difusión de los factores de riesgos para padecer esta enfermedad como son: mujer mayor de 40 años, antecedente familiar de cáncer de mama, no haberse embarazado o tener el primer embarazo a término después de los 30 años de edad, menarquía antes de los 12 años y menopausia posterior a los 52 años, antecedente de terapia hormonal de reemplazo prolongada (más de 5 años), antecedente de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica), vida menstrual de más de 40 años y obesidad<sup>16,10,18,19,20,21,22</sup>.

Las personas que se enfrentan con el diagnóstico de cáncer de mama ven a esta enfermedad como uno de los acontecimientos más desequilibrantes en su vida, el cual determina un cambio en su propia imagen y en los roles desempeñados en la sociedad; además de los efectos que trae consigo el tratamiento. Dicho tratamiento del cáncer de mama repercute a nivel psicosocial incluyendo ansiedad, depresión y baja autoestima así como alteraciones en la imagen corporal entre otros, como el autoconcepto, ya que el efecto negativo en este se ha estudiado desde el punto de vista cualitativo en mujeres con cáncer de mama, concluyendo que los cambios que lo acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas de su persona; así mismo afectan las actividades cotidianas que las mujeres realizan. Se ha reportado que el rol desempeñado por las mujeres con cáncer de mama afecta su calidad de vida, la percepción de sí mismas y en las mujeres jóvenes con cáncer de mama presentan más estrés psicológico que las mujeres adultas mayores ante el diagnóstico. Sin embargo independientemente de la edad, la cirugía conservadora de mama en mujeres con

cáncer está asociada con buena imagen corporal, calidad de vida elevada y bienestar, a diferencia de las mujeres mastectomizadas en quienes éstas variables presentan valores más bajos<sup>22</sup>.

Dos modelos interdependientes de sistema social abarcan actualmente la mayoría de la investigación de la salud y el área social de ayuda. El modelo del efecto-principal (main-effect) (Cohen y Wills, 1985), donde los altos niveles de la ayuda promueven bienestar independientemente del acontecimiento estresante; y el modelo del stress-buffering (amortiguador del estrés) (Landerman, George, Campbell y Blazer, 1989), en donde los efectos negativos de la tensión son disminuidos por la disposición de la ayuda social. Burman y Margolis (1992) describieron la correlación entre el matrimonio y la ayuda social coincidiendo con los dos modelos: el matrimonio que proporciona la ayuda específica contra los efectos de la enfermedad y/o actúa como almacenador específico intermediario que neutraliza la tensión producida por la enfermedad. Los datos sobre el ajuste y la supervivencia demuestran que gente casada de diferente edad y de ambos géneros se adapta mejor a la enfermedad crónica y tiene una calidad de vida más elevada que gente soltera o sin pareja (Reynolds y Kaplan, 1990). Coyne y Smith (1991) observaron que el buffering es protector en esposas de hombres que sobrevivieron a ataques cardíacos. Esta estrategia fue examinada también en una investigación de pacientes con cáncer de mama, colon y cáncer de pulmón y sus esposos sanos. Consecuentemente, el buffering es una estrategia comúnmente usada por parejas de ambos géneros (Roberts, Cox, Shannon y Wells, 1994). El papel crítico jugado por las relaciones interpersonales en la adaptación a la enfermedad crónica es una clave para ambos modelos sociales de apoyo. Sin

embargo, ninguno de los dos nos indica como estas relaciones ayudan u obstaculizan la adaptación dentro del sistema marital y/o dentro del sistema familiar (Bloom, 2000; Bolger, Foster y Vinokur, 1996)<sup>23</sup>.

La confirmación del diagnóstico de cáncer de mama lleva a la mujer afectada y a su familia a encontrarse con difíciles decisiones y enfrentamientos. Esa patología se vuelve un gran desafío en la vida de una familia, ya que ninguno de los miembros permanece sano, ocasionando, a veces, cambios en las configuraciones establecidas entre ellos, lo que impone un importante desafío a la habilidad del grupo familiar para conservarse relativamente organizado en cuanto se ajusta a las diversas necesidades. El profesional de salud debe ser sensible al punto de reconocer a la familia como un fenómeno complejo que necesita de apoyo, sobretodo en situaciones que presentan el cáncer de mama, ya que introduce cambios significativos en la dinámica familiar. El cuidado centrado en la familia envuelve a todos sus miembros; importancia especial es dada a las relaciones establecidas entre ellos, entendidas como uno de los determinantes del proceso salud-enfermedad. Los esclarecimientos sobre la patología y el tipo de tratamiento a ser seguido, favorecen la promoción de la salud, tornando a las pacientes más independientes para el cuidado de sí mismas y para la realización de otras actividades relacionadas al ambiente y a la familia<sup>23,24,25</sup>.

Uno de los factores relacionados con el paciente, que se ha visto claramente asociado con la adaptación psicológica, es la edad. Se ha descrito que las mujeres jóvenes presentan niveles mayores de distrés psicológico, y de hecho, una edad inferior a 50 años es identificada como factor de riesgo psicopatológico (Harrison y Maguire, 1994; Parle et al., 2001). Sin embargo, esta asociación sólo se aprecia

en la fase temprana, cercana al diagnóstico de la enfermedad (Compas et al., 1999), no encontrándose diferencias significativas a largo plazo (Vinokur et al., 1989; Vinokur et al., 1990). Burgess et al., (2002) detectaron también como factor significativamente predictor de alteraciones psicológicas la historia psiquiátrica anterior, lo que coincide con hallazgos previos (Harrison y Maguire, 1994). En la adaptación al cáncer en general, hay evidencia de los efectos beneficiosos del apoyo social (Forjaz, 1999; Kornblith et al., 2001), que favorece una mejor adaptación psicológica y una mejor calidad de vida. En el cáncer de mama también se han realizado estudios y la falta de apoyo social se ha identificado como factor predictor de mal ajuste psicológico tras el diagnóstico. De todos modos, falta estudiar con detalle cuál es el papel de la familia en el cáncer de mama, que aparte de ser el apoyo social del paciente más relevante, puede ser estudiado desde otros puntos de vista. Existen distintos estudios que abordan aspectos familiares y conyugales en el cáncer, y concretamente en el cáncer de mama, pero estas investigaciones son muy heterogéneas debido a los diferentes puntos de vista que se pueden adoptar y a la diversidad de sus objetivos<sup>26</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El Cáncer de Mama es un problema de salud pública en México, ya que su mortalidad ha aumentado a partir del año 2006 a la fecha, por lo cual ha ocupado el primer lugar como causa de muerte en mujeres mayores de 25 años, desplazando al cáncer cervicouterino. En el 46% de las mujeres mexicanas afectadas por el Cáncer de Mama éste se presenta antes de los 50 años y el grupo de edad más afectado es el de 40-49 años.

En varios países las campañas de diagnóstico temprano de Cáncer de Mama han demostrado claramente el impacto, disminuyendo la mortalidad hasta en un 30%. Tres han sido los métodos de vigilancia: autoexamen, examen clínico y mamografía. Tanto la clínica como estudios auxiliares permiten un diagnóstico y tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico.

La familia se considera como factor protector y de apoyo, sin embargo también puede ser considerada como generadora de patología. El buen funcionamiento familiar está relacionado con una conveniente integración de la familia, adecuada autoestima y sistemas de apoyo social. Toda persona que se enfrenta al diagnóstico de cáncer de mama ven a esta enfermedad como uno de los eventos más desequilibrantes en su vida, el cual puede trastornar su propia imagen, en los roles, comunicación y jerarquías dentro del núcleo familiar.

Por ello surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar en hogares con un integrante portador de cáncer de mama?

## **JUSTIFICACIÓN:**

El Cáncer de Mama es actualmente el cáncer más frecuente y el de mayor mortalidad. A pesar de los progresos en la oncología moderna del cáncer de mama, en el ámbito mundial esta enfermedad es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer, sin embargo, es en los países en vías de desarrollo donde ocurren la mayoría de las muertes por esta causa. El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan en países pobres debido al menor acceso a los servicios de salud para su detección temprana, tratamiento y control.

Para México esta patología se ha convertido en un problema creciente de salud pública. Tanto la mortalidad como el número de casos nuevos que se presentan cada año, se han incrementado paulatinamente y en la actualidad el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasias malignas en las mujeres de 25 años en adelante.

En lo relacionado con el cáncer mamario se ha insistido en la autoexploración mamaria y en el estudio de mamografía para las mujeres con edad superior a los 40 años. La participación de la sociedad en su conjunto, la familia y en particular de los médicos generales de primer nivel en dichas campañas, hace que el beneficio de las mismas se alcance en menor tiempo.

En toda familia se tienen características que las hacen parecer distintas o similares, como son la Composición, Desarrollo, Demografía, Ocupación, integración y la tipología, así como las características de la dinámica familiar para

conocer las jerarquías, los límites y la comunicación. En la actualidad se cuentan en nuestro medio con instrumentos para la medición de la dinámica y funcionalidad de la familia.

Actualmente no se cuenta con suficiente información sobre la dinámica y funcionalidad familiar, en las familias con integrantes portadores de cáncer de mama. Pero se sabe que el cáncer de mama repercute invariablemente a nivel psicosocial, en la imagen corporal y en la dinámica familiar.

Este estudio servirá para conocer el nivel de funcionalidad familiar en hogares con un integrante portador de cáncer de mama y para ello se utilizará un instrumento validado y confiable, especialmente diseñado con este objetivo. Los resultados del trabajo de investigación se presentaran en la institución y a la población en general.

## **OBJETIVOS:**

### **a. General.**

Determinar el nivel de funcionalidad en hogares con un integrante portador de cáncer de mama.

### **b. Específicos.**

1. Determinar el nivel de cohesión familiar en hogares de pacientes portadores de cáncer de mama.

2. Determinar el nivel de adaptabilidad familiar en hogares de pacientes portadores de cáncer de mama.

3. Determinar la estructura familiar en hogares de pacientes portadores de cáncer de mama.

## **METODOLOGÍA:**

### **Diseño del estudio.**

Estudio transversal simple descriptivo y prospectivo.

### **Universo de trabajo.**

Familias de 2 a más integrantes, de los cuales tengan uno de ellos diagnóstico de cáncer de mama, en cualquier estadio que acudan al servicio de oncología y sean derechohabientes de la Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 5 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Nogales, Sonora.

### **Tamaño de la muestra.**

Se incluyeron todos los pacientes portadores de cáncer de mama y familiares de los mismos que acudieron a la consulta de oncología durante los meses de marzo a mayo del año 2012, en la Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 5 del IMSS de Nogales, Sonora, México.

### **Lugar y fecha.**

El estudio se realizó en la Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 5 del IMSS en Nogales, Sonora, durante los meses de marzo a mayo del 2012.

### **Criterios de inclusión.**

1. Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en cualquier estadio y sin importar tiempo de evolución, que acudan a la consulta externa de oncología y que acepten su participación previa firma de consentimiento informado.
2. Familiares de pacientes portadores de cáncer de mama que acudan acompañando al mismo a la consulta externa de oncología y que acepten su participación previa firma de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión.**

- 1.- Familiares y paciente que no acepten su participación en el estudio.
- 2.- Familiares y paciente que por alguna discapacidad no sea posible que respondan el instrumento de investigación.

### **Criterios de eliminación.**

1. Pacientes con cáncer de mama que hayan revocado su consentimiento.
2. Aquellas encuestas cuyos datos se encuentren ilegibles o estén llenadas de forma incompleta.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

### 1.- FAMILIA:

Definición conceptual: Miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (OMS).

Definición operacional: Se clasificara a la familia de acuerdo a su composición, desarrollo y lugar de residencia.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

Escala de medición:

De acuerdo a su composición:

- Nuclear: El padre, madre y los hijos.
- Monoparental: Uno de los padres ha fallecido.
- Extensa: Los padres, los hijos y por no parientes.
- De tres generaciones: Los abuelos, padres y los hijos.
- Padre soltero o madre soltera con hijos: Padre o madre soltera con hijos.

Según su desarrollo:

- Tradicional: La mujer se dedica a las labores del hogar y juega el rol de esposa-madre.

- Moderna: La mujer participa en la fuerza de trabajo y en la economía de la familia. La mujer tiene el rol de esposa-compañera y de esposa colaboradora.

De acuerdo a su lugar de residencia:

- Rural: Vive en un lugar de menos de 2.500 habitantes.

- Semi-urbana: Vive en un lugar con más de 2.500 habitantes y menos de 14.999 habitantes.

- Urbana: Vive en un lugar de más de 15.000 habitantes.

## 2.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Definición conceptual: Vinculación emocional entre los miembros de la familia; incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Además de la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y las reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo.

Definición operacional: De acuerdo al instrumento FACES III utilizado para la evaluación de la funcionalidad de las familias; se evaluará la cohesión y adaptabilidad, las cuales se analizarán del modelo circunflejo de Olson.

Escala de medición:

Familia funcional: Aquella familia que en el Modelo Circunflejo se encuentre en el rango funcional o balanceada.

Familia disfuncional: Aquella familia que en el Modelo Circunflejo se encuentre en el rango de medio o moderadamente disfuncional y extrema o severamente disfuncional.

Tipo de variable: Cualitativa Nominal.

### 3.- EDAD:

Definición conceptual: Tiempo que equivale desde que nace hasta la actualidad.

Definición operacional: Tiempo de vida de una persona expresada en años.

Tipo de Variable: Cuantitativa Discreta

Escala de medición: Años en vida

### 4.- GÉNERO:

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y plantas. Conjunto de seres pertenecientes a una misma condición (mismo sexo).

Definición operacional: Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres humanos.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de medición: Hombre / Mujer.

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

Para llevar a cabo el estudio se aplicó el instrumento familiar FACES III (anexo 1) para conocer la adaptabilidad y cohesión de la familia, dicho instrumento es validado de forma internacional. El instrumento en forma de cuestionario se realizó a pacientes portadores de cáncer de mama y los familiares de los mismos que acudieron a la consulta externa de oncología, durante el tiempo determinado para el trabajo de campo y que cumplieron con los criterios de inclusión para esta investigación.

Previa autorización por parte del comité local de investigación y las autoridades hospitalarias, se le explicó a cada uno de los participantes cual es el objetivo de el trabajo, teniendo énfasis que de no participar no tendría ninguna consecuencia con respecto a su atención médica. Se brindó una explicación verbal del consentimiento informado (Anexo2), el cual se adaptó especialmente para esta investigación y sin ejercer ningún tipo de coacción, si el paciente y sus familiares aceptaron su participación en el estudio se procedió a la firma del mismo.

Una vez firmado el consentimiento informado se dio paso a la aplicación del instrumento en forma individual y personalizada en cada uno de los pacientes y familiares (mayores de 12 años de edad). La aplicación del instrumento fue llevada a cabo de lunes a viernes con un horario de 9 a 12 hrs de la mañana.

El cuestionario consta de 20 preguntas con 5 opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores del 1 al 5, la cual se

utiliza para valorar la adaptabilidad y cohesión de la familia. Se otorgo un máximo de 30 minutos para la realización del instrumento.

Conforme se fue realizando la aplicación del instrumento se fueron captando los resultados en la tabla de recolección de datos especialmente diseñada para la realización de este estudio (Anexo 3). Posteriormente, al concluir el vaciado de los cuestionarios se procedió a realizar el análisis estadístico correspondiente en base a medidas de tendencia central a través de estadística descriptiva, los resultados obtenidos se presentaron en forma de graficas para facilitar su interpretación.

## **ASPECTOS ÉTICOS:**

Este estudio se realizó bajo las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como el respeto a los principios contenidos en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

Se anexo un consentimiento informado (Anexo 2) el cual se entrego al paciente, donde se incluye una descripción detallada de su participación, sin riesgos, ya que la encuesta es anónima con el inconveniente de tiempo para la elaboración de la encuesta y con los beneficios al conocer las variables del presente estudio que permiten tener elementos objetivos para mejorar la calidad del servicio que se otorga.

El paciente que participo en el estudio firmó el consentimiento informado antes de realizar la encuesta, al igual que un testigo y el investigador responsable. Se llevará registro de su nombre, número de afiliación, edad y sexo en otra hoja por separado de la encuesta para conservar el anonimato de los participantes. Se le informa al paciente que es libre de retirarse del estudio en cualquier momento que considere conveniente así como se le podrá proporcionar información, responder cualquier pregunta y aclarar sus dudas en caso de que existan.

## **RESULTADOS:**

En el estudio se obtuvo un total de 125 encuestas, de las cuales 60 fueron aplicadas a pacientes con cáncer de mama y 65 aplicadas a familiares.

Los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas al grupo de pacientes en relación a la cohesión familiar fueron los siguientes: familias aglutinadas 24 (40.0%), familias relacionadas 20 (33.3%), familias semirelacionada 15 (25.0%) y familias no relacionadas 1 (1.7%) (Tabla 1). En cuanto al rubro de la adaptabilidad familiar los resultados fueron: familias caóticas 32 (53.3%), flexibles 16 (26.7%), estructuradas 10 (16.7%) y rígidas 2 (3.3%) (Tabla 2).

De las encuestas realizadas al grupo de familiares se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto a la cohesión se encontraron 34 (52.3%) familias relacionadas, 24 (36.9%) aglutinadas, 5 (7.7%) semirrelacionada y 2 (3.1%) no relacionadas (Tabla 3). En la valoración de la adaptabilidad se determino lo siguiente: familias caóticas 28 (43.1%), flexibles 25 (38.5%), estructurada 11 (16.9%) y rígidas 1 (1.5%) (Tabla 4).

Tomando el modelo circunflejo de Olson que comprende 16 tipos de familias para valorar el funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad), los resultados que dieron las encuestas realizadas a los pacientes con cáncer de mama fueron: familias balanceadas 16 (26.7%), familias en rango medio 29 (48.3%) y familias extremas 15 (25.0%) (Tabla 5).

En el grupo de familiares los resultados son los siguientes: familias balanceadas 22 (33.8%), familias en rango medio 31 (47.7%) y familias extremas 12 (18.5%) (Tabla 6). Valorando en conjunto según el modelo de Olson a pacientes y familiares fue de familias; balanceadas 38 (30.4%), con rango medio 60 (48.0%) y extremas 27 (21.6%) (Tabla 7).

En relación a los resultados del estudio para conocer la tipología familiar se obtuvo lo siguiente: de acuerdo a su composición, se encontraron 43 (71.1%) familias nucleares, 9 (15.0%) familias extensas, 5 (8.3%) familias monoparentales y 3 (5.0%) familias compuestas (tabla 8). Con base en su composición las familias fueron; modernas 37 (61.7%) y tradicionales 23 (38.3%) (Tabla 9); y de acuerdo a su demografía familiar, el 100% (60) resultaron urbanas (Tabla 10).

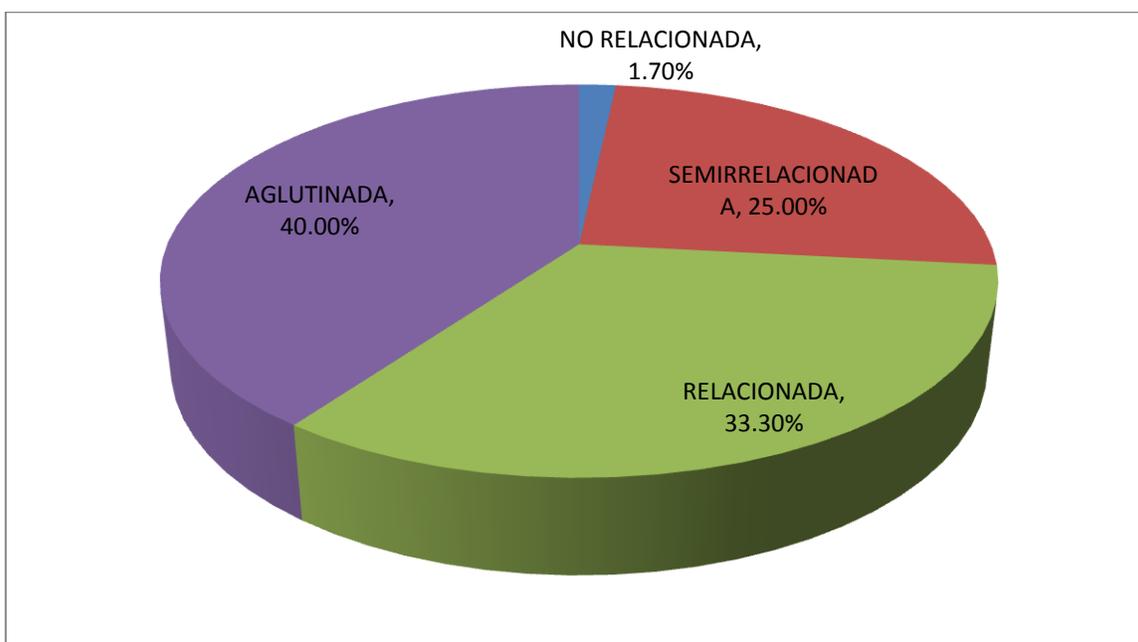
## TABLAS Y GRÁFICAS:

### COHESIÓN

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	1	1.7%
SEMIRRELACIONADA	15	25.0%
RELACIONADA	20	33.3%
AGLUTINADA	24	40.0%
TOTAL	60	100.0%

**TABLA 1:** VALORES Y PORCENTAJES DE COHESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

### COHESIÓN



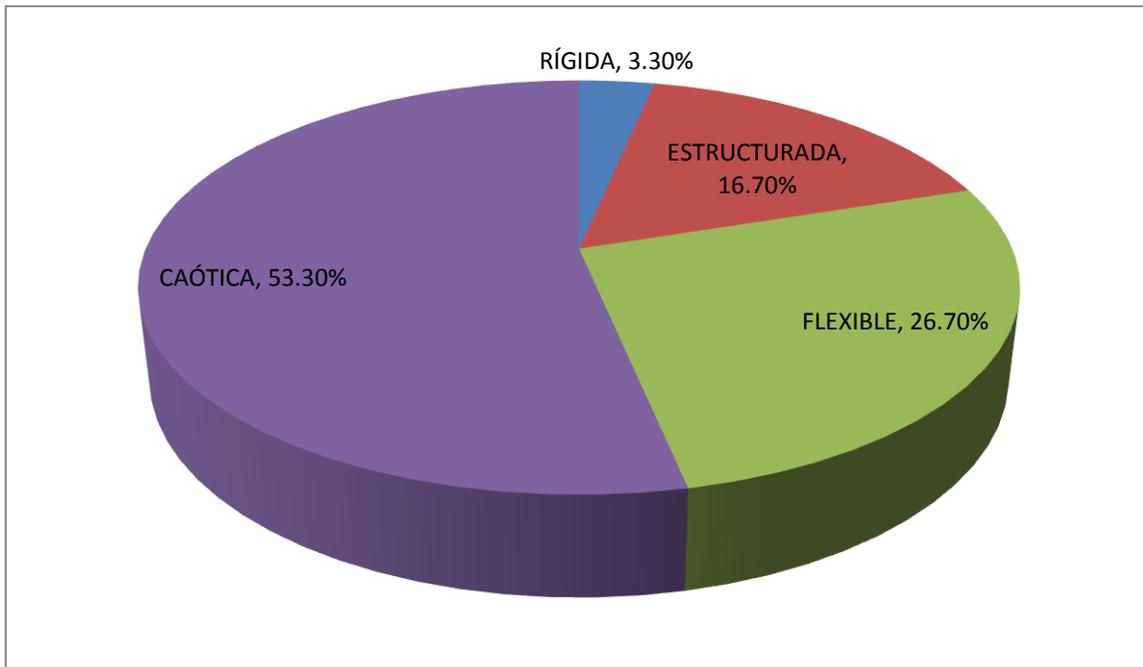
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE COHESIÓN EN PACIENTES DE LA TABLA 1.

## ADAPTABILIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RÍGIDA	2	3.3%
ESTRUCTURADA	10	16.7%
FLEXIBLE	16	26.7%
CAÓTICA	32	53.3%
TOTAL	60	100.0%

**TABLA 2:** VALORES Y PORCENTAJES DE ADAPTABILIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## ADAPTABILIDAD



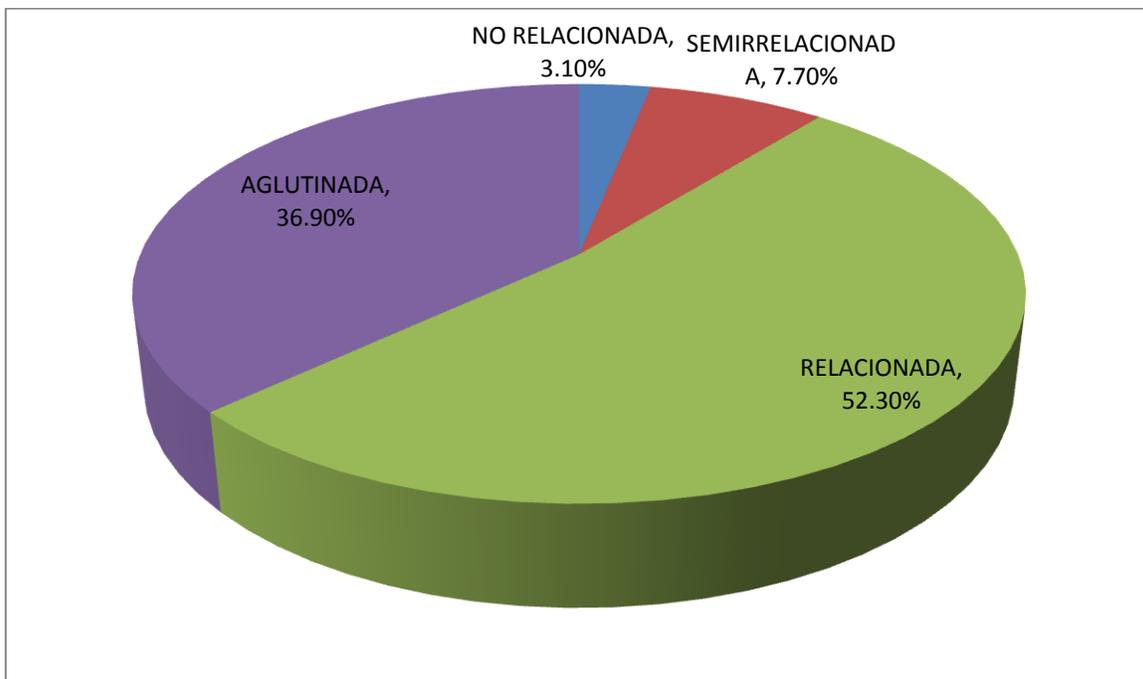
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE ADAPTABILIDAD EN PACIENTES DE LA TABLA 2.

## COHESIÓN

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	2	3.1%
SEMIRRELACIONADA	5	7.7%
RELACIONADA	34	52.3%
AGLUTINADA	24	36.9%
TOTAL	65	100.0%

**TABLA 3:** VALORES Y PORCENTAJES DE COHESIÓN EN FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## COHESIÓN



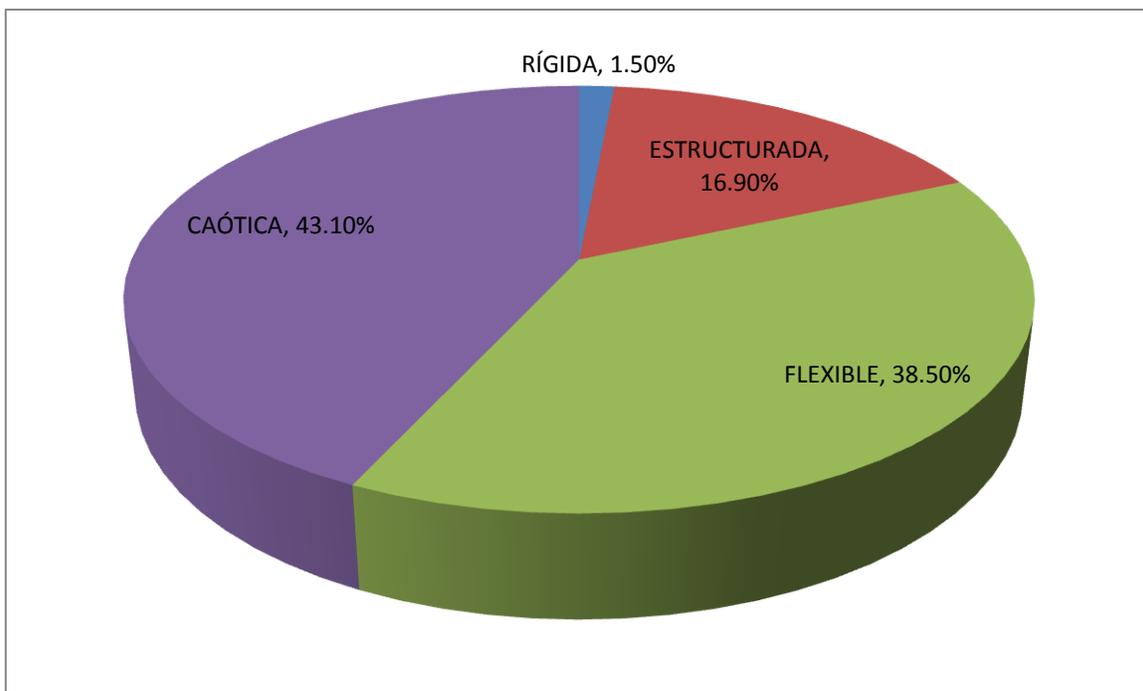
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE COHESIÓN EN FAMILIARES DE LA TABLA 3.

## ADAPTABILIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RÍGIDA	1	1.5%
ESTRUCTURADA	11	16.9%
FLEXIBLE	25	38.5%
CAÓTICA	28	43.1%
TOTAL	65	100.0%

**TABLA 4:** VALORES Y PORCENTAJES DE ADAPTABILIDAD EN FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## ADAPTABILIDAD



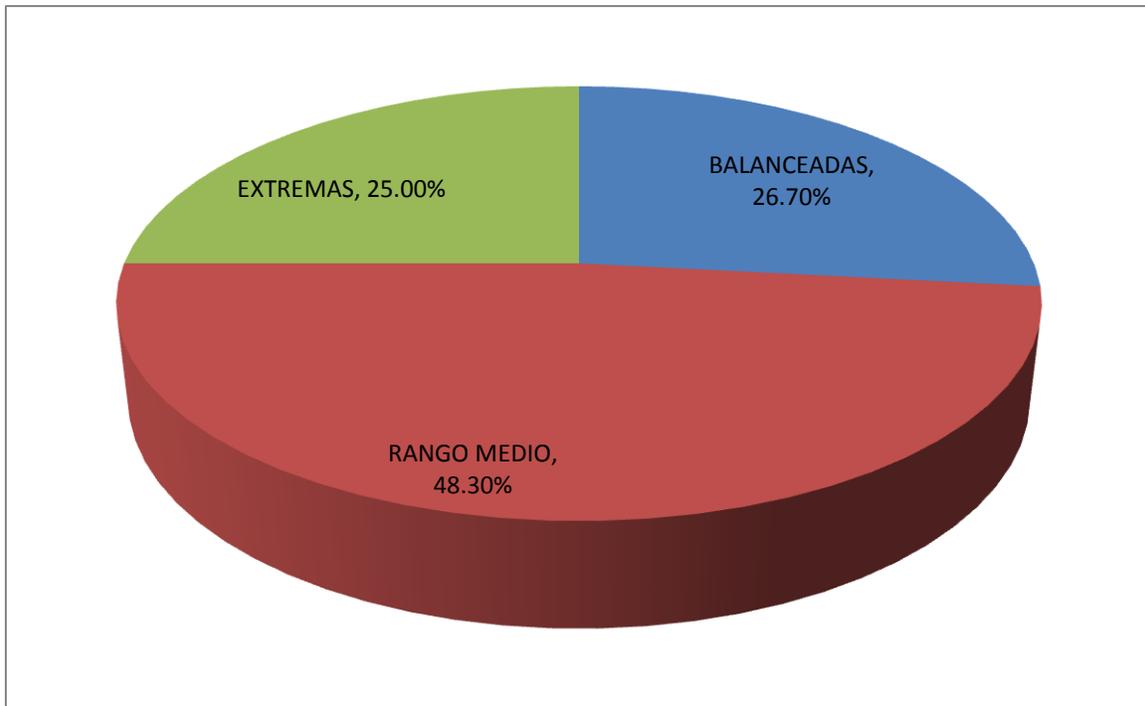
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE ADAPTABILIDAD EN FAMILIARES DE LA TABLA 4.

## FUNCIONALIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BALANCEADAS	16	26.7%
RANGO MEDIO	29	48.3%
EXTREMAS	15	25.0%
TOTAL	60	100.0%

**TABLA 5:** VALORES Y PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## FUNCIONALIDAD



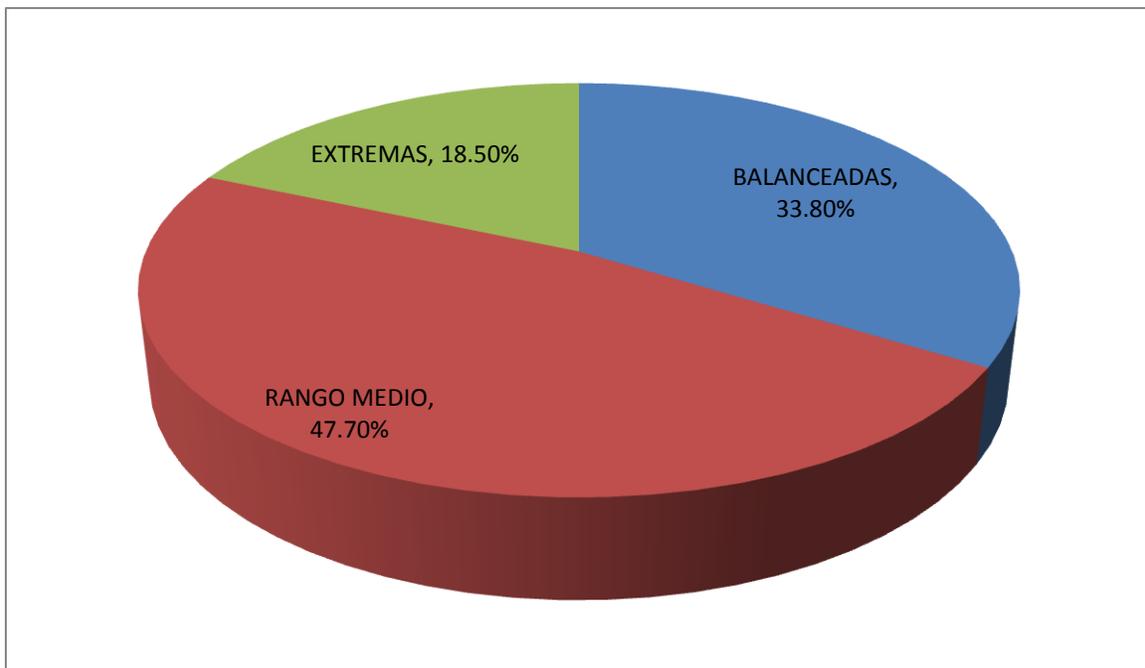
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD EN PACIENTES DE LA TABLA 5.

## FUNCIONALIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BALANCEADAS	22	33.8%
RANGO MEDIO	31	47.7%
EXTREMAS	12	18.5%
TOTAL	65	100.0%

**TABLA 6:** VALORES Y PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD EN FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## FUNCIONALIDAD



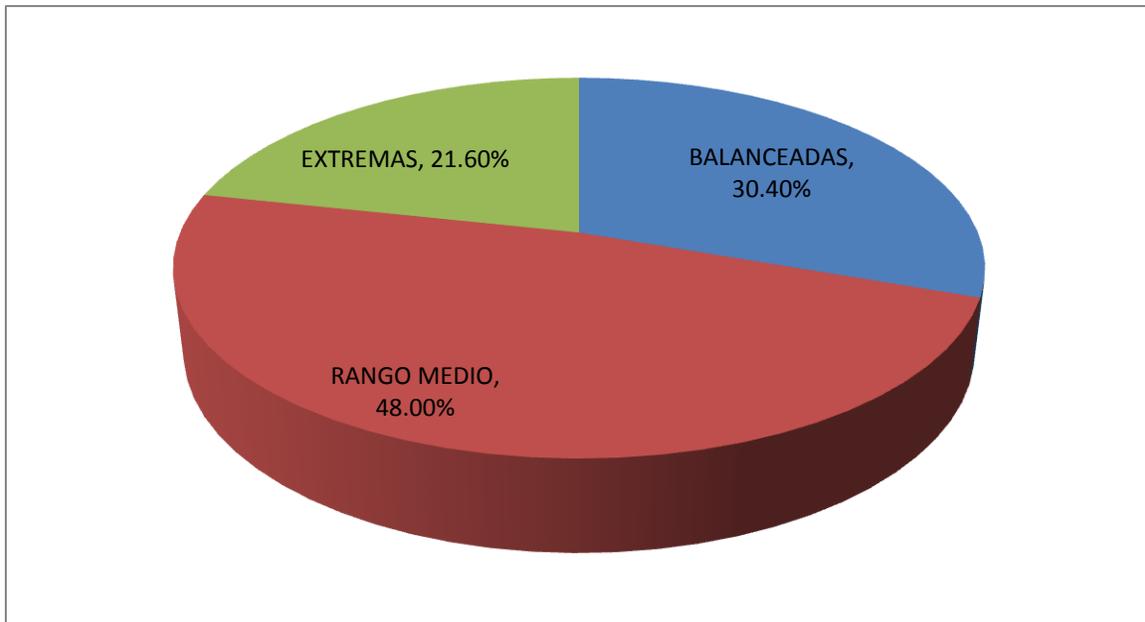
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD EN FAMILIARES DE LA TABLA 6.

## FUNCIONALIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BALANCEADAS	38	30.4%
RANGO MEDIO	60	48.0%
EXTREMAS	27	21.6%
TOTAL	125	100.0%

**TABLA 7:** VALORES Y PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD EN PACIENTES Y FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## FUNCIONALIDAD



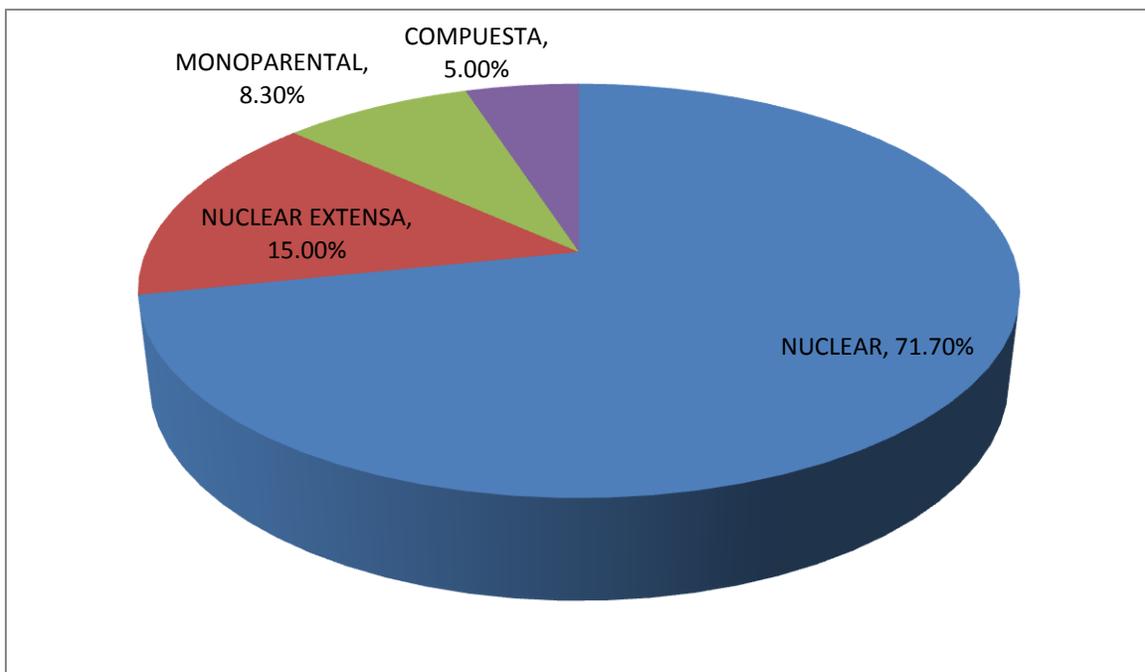
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD EN PACIENTES Y FAMILIARES DE LA TABLA 7.

## TIPOLOGIA FAMILIAR

FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	43	71.7%
NUCLEAR EXTENSA	9	15.0%
MONOPARENTAL	5	8.3%
COMPUESTA	3	5.0%
TOTAL	60	100.0%

**TABLA 8:** VALORES Y PORCENTAJES DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR EN PACIENTES Y FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## TIPOLOGÍA FAMILIAR



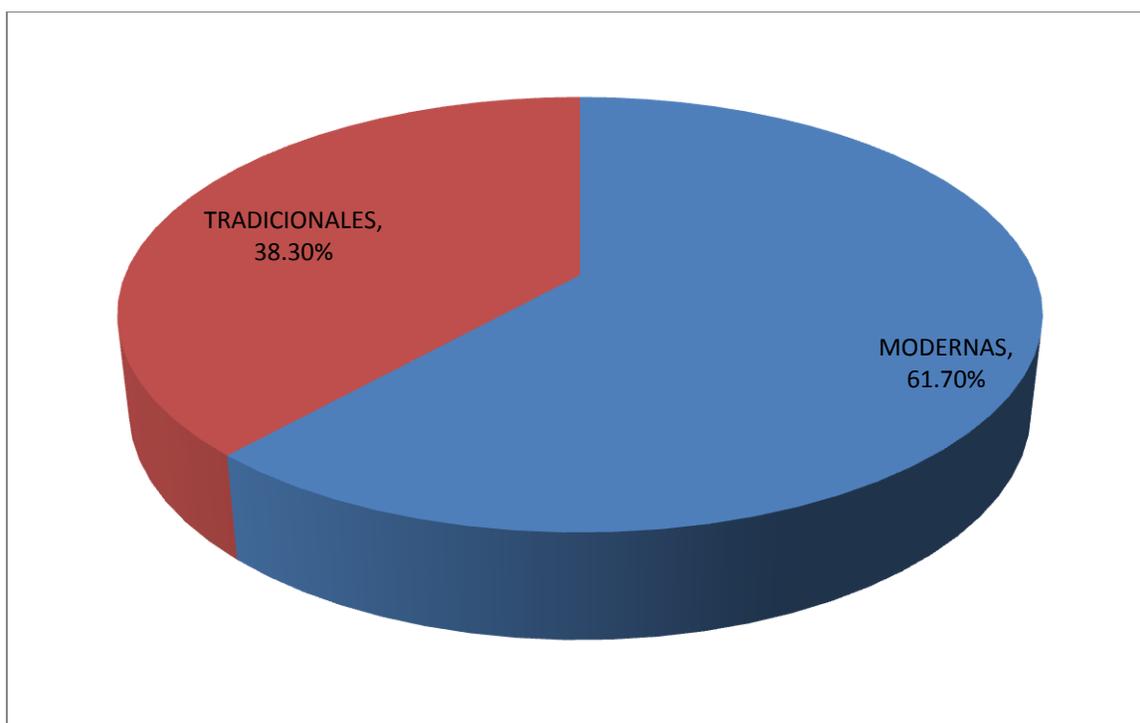
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LA TABLA 8.

## COMPOSICIÓN FAMILIAR

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MODERNAS	37	61.7%
TRADICIONALES	23	38.3
TOTAL	60	100.0%

**TABLA 9:** VALORES Y PORCENTAJES DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR EN PACIENTES Y FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## COMPOSICIÓN FAMILIAR



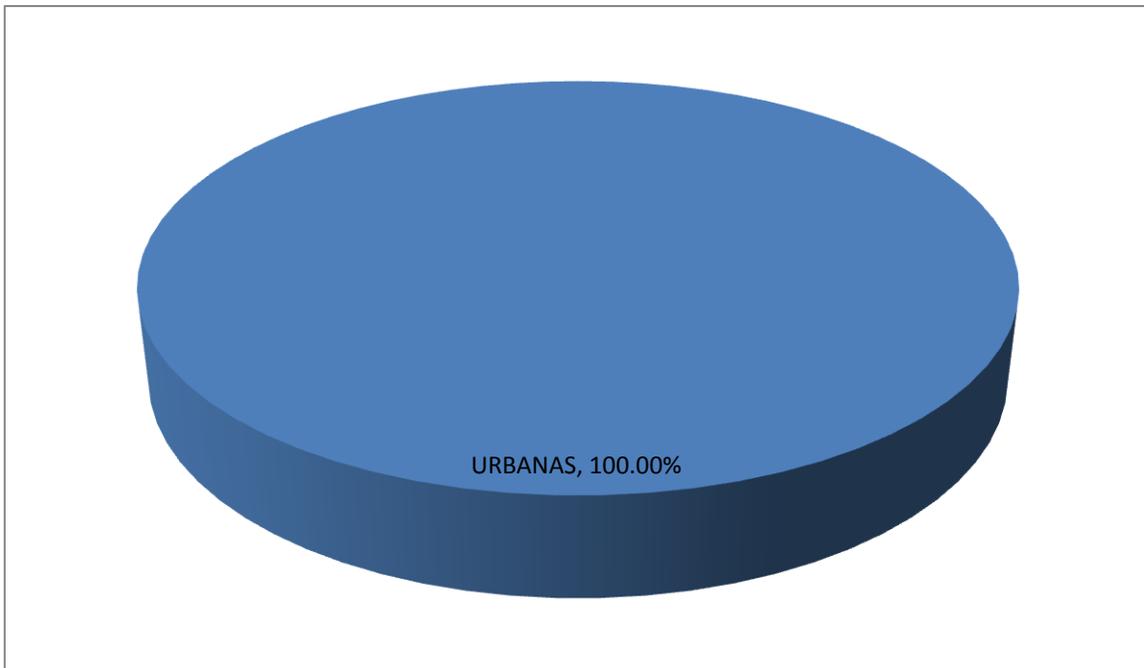
GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LA TABLA 9.

## DEMOGRAFÍA FAMILIAR

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANAS	60	100.0%
SEMI-URBANAS	0	0.0%
RURALES	0	0.0%
TOTAL	60	100.0%

**TABLA 10:** VALORES Y PORCENTAJES DE LA DEMOGRAFÍA FAMILIAR EN PACIENTES Y FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA EN NOGALES, SONORA, MÉXICO. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

## DEMOGRAFÍA FAMILIAR



GRAFICA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PORCENTAJES DE LA DEMOGRAFÍA FAMILIAR DE LA TABLA 10.

## **DISCUSIÓN:**

Se tienen tres dimensiones diferentes para conocer la funcionalidad familiar dentro del modelo circunflejo de Olson las cuales son COHESIÓN -tiende a fortalecer el vínculo o lazo emocional percibido por los miembros de la familia- ADAPTABILIDAD -que se puede entender como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia- y COMUNICACIÓN, de las que se estudió las dos primeras dimensiones. El grado de cohesión y adaptabilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado.

En esta investigación al evaluar la funcionalidad con base en el modelo circunflejo de Olson las familias que presentaron mayor prevalencia en el grupo de pacientes y familiares fueron las familias en rango medio, con casi el 50% de la muestra en ambos grupos, lo cual se traduce como familias con disfunción familiar moderada y en riesgo de una disfuncionalidad mayor.

Al analizar los rubros por separado de cohesión y adaptabilidad se observó que en el grupo de pacientes predominaron las familias aglutinadas y caóticas mientras en el grupo de los familiares predominaron las familias relacionadas y caóticas.

Al hablar de familias aglutinadas, se refiere a familias que están demasiado conectadas entre sí, con una cohesión alta en las que tienen demasiada cercanía emocional y muy poca independencia en sus miembros, el espacio personal es escaso y la energía de cada uno es casi exclusivamente enfocada en la familia, es por esta razón que se consideran como disfuncionales.

En relación a la tipología familiar el grueso de este estudio se trato de familias de tipo nuclear y modernas.

Existen distintos estudios que abordan aspectos familiares y conyugales en el cáncer, y concretamente en el cáncer de mama, pero estas investigaciones son muy heterogéneas debido a los diferentes puntos de vista que se pueden adoptar y a la diversidad de sus objetivos.

## **CONCLUSIONES:**

En toda familia que se tiene algún portador de una enfermedad crónica degenerativa, se necesita una adecuada cohesión y de la habilidad para poder adaptarse a los cambios que se presentan en el ciclo de vida personal y familiar al presentarse este tipo de padecimientos, de no contar con estos recursos, es muy factible que sobrevenga una serie de problemas originados por disfunciones en el núcleo familiar.

Como personal de salud, es de suma importancia identificar a la familia como recurso principal de ayuda psicosocial y protectora cuando se presente una enfermedad en algunos de sus miembros, sobre todo del tipo crónico-degenerativa. Ya que la familia puede incidir de forma directa en la evolución favorable o no del paciente.

En este estudio se puso de manifiesto que la mayor parte de las familias analizadas (casi un 70%) presentan algún grado de disfunción.

Consideramos que aparte del cáncer de mama en estas familias existen otros factores asociados que condicionan este problema lo cual podría ser objeto de una nueva investigación. Por ello con los resultados se colocan las bases para la realización de futuras investigaciones y así poder contribuir a que se continúen con los cambios en las políticas de salud, como es, el derivar por apoyo y/o ayuda a los servicios de salud como son; psicología, psiquiatría y los grupos de ayuda para los pacientes y familiares con enfermedades crónicas degenerativas en forma oportuna, para evitar distanciamientos o rupturas maritales o familiares.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1.- Herscovici P, Kopitowski K. Ciclo vital familiar y crisis EN: Rubinstein A, et al. Medicina familiar y Práctica ambulatoria: 2da ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2006:241-253.
- 2.- Mendoza-Solís L, et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006; 8(1):27-32.
- 3.- Camacho-Palomino P, León-Nakamura C, Silva-Mathews I. Funcionamiento familiar según el Modelo Circunflejo de Olson en adolescentes. Rev Enferm Herediana 2009; 2(2):80-85.
- 4.- Martinez-Tlahuel J. Cáncer de Mama. Boletín Pract Med Efectiva 2007:1-6.
- 5.- Amaro-Heredia M, Bautista-Samperio L, Arrieta-Pérez R. Correlación de Factores de Riesgo Y Hallazgos Clínicos para Cáncer mamario en pre y posmenopáusicas. Rev Fac Med UNAM 2007; 50(3):110-114.
- 6.- Vidal-Millán S. Cáncer de Mama Hereditario: Identificación y Elección de Pacientes para Estudio Molecular de los Genes BRCA, Cancerología 2008; 3:51-61.
- 7.- Castillo-Gutiérrez M, Ávila-Esquivel J. Cáncer de Mama: Etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel. Arch Inv Mat Inf 2010; 11(2):85-90.
- 8.- Sulcahuamán-Allende Y, Arias-Velásquez A. Cáncer de Mama y Ovario Hereditario. Rev Per Ginecol Obstet 2008; 54:194-198.

- 9.- Martínez-Tlahuel J, Arce C, Lara F. Cáncer de Mama en el hombre. *Cancerología* 2006; 1:201-210.
- 10.- Peralta MO. Cáncer de Mama en Chile: Datos Epidemiológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(6):239-445.
- 11.- Nigenda G, Caballero M, González-Robledo L. Barreras de Acceso al Diagnóstico Temprano del Cáncer de Mama en el distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública Mex* 2009; 51(2):S254-S262.
- 12.- Elías S, Contreras A, Llanque C. Cáncer o Carcinoma de Mama: *Rev Peceña Med Fam* 2008; 5(7):14-23.
- 13.- López-Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L. Detección del Cáncer de Mama en México: Síntesis de los Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Pública Mex* 2009; 51(2):S345-S349.
- 14.- Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A. Factores Reproductivos y Cáncer de Mama: Principales Hallazgos en América Latina y el Mundo. *Salud Pública Mex* 2009; 51(2):S165-S171.
- 15.- Marie-Knaul F et al. Cáncer de Mama en México: Una Prioridad Apremiante. *Salud Pública Mex* 2009; 5(2):S335-S344.
- 16.- Morales-Vásquez F. Estrategias Clínicas y Desarrollo de las Bases Científicas en el Empleo de Hormonoterapia para Cáncer de Mama. *Cancerología* 2006; 1:163-175.

- 17.- Arce C, Martínez-Tlahuel J, Lara F. Quimioterapia Adyuvante en Cáncer de Mama: Presente y Futuro. *Cancerología* 2006; 1:177-185.
- 18.- López-Ríos O, Lazcano-Ponce E, Tovar-Guzmán V, Hernández-Ávila M. La epidemia de Cáncer de Mama en México. ¿Consecuencia de la Transición Demográfica? *Salud Pública Mex* 1997; 39(4):1-7.
- 19.- Wiesner CC. Determinantes Psicológicos, Clínicos y Sociales del Diagnóstico Temprano del Cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev Colom Cancerol* 2007; 11(1):13-23.
- 20.- Brandan M, Villaseñor-Navarro Y. Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México. *Cancerología* 2006; 1:147-162.
- 21.- Alemán-Escobar M. Detección del Cáncer de Mama: Aspectos Centrales que debe Conocer y Manejar el personal de Enfermería en el primer Nivel de Atención. *Boletín Infor Científ Enferm* 2006:1-6.
- 22.- Bañuelos-Barrera P, Bañuelos-Barrera Y, Esquivel-Rodríguez M, Moreno-Ávila V. Autoconcepto de Mujeres con Cáncer en Mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15(3):129-134.
- 23.- Baider L. Cáncer y Familia: Aspectos Teóricos y Terapéuticos. *RIPCS/IJCHP* 2003; 3(1):505-520.
- 24.- Gabrielli-Biffi R, Vilela-Mamede M. Percepción del Funcionamiento Familiar Entre Familiares de Mujeres Sobrevivientes de Cáncer de Mama: Diferencias de Género. *Rev latino-Am Erfermagem*. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) 2010; 18(2):1-9.

25.- Cano A. Control Emocional, Estilo Represivo de Afrontamiento y Cáncer: Ansiedad y Cáncer. Psicooncología 2005; 2(1):71-80.

26.- Cervera S, Auba E. Calidad de Vida y Dinámica Familiar Tras el Diagnóstico de Cáncer de Mama. Boletín Psicol 2005; 85:7-29.

## ANEXOS:

### ANEXO 1. FACES III

**Nunca**      **Casi nunca**      **Algunas veces**      **Casi siempre**      **Siempre**

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

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CA SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Evaluación de la funcionalidad en familias con un integrante portador de cáncer de mama.
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de funcionalidad en familias con un integrante portador de cáncer de mama.
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no representa riesgo alguno, solo tiene como inconveniente el tiempo requerido para responder el instrumento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con los resultados obtenidos de la evaluación de la funcionalidad familiar, se puede orientar sobre acciones para mejorar sobre este aspecto.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara al paciente en forma verbal el resultado obtenido en el instrumento de evaluación familiar y de acuerdo al resultado se referirá al servicio de medicina familiar para su evaluación y manejo.
Privacidad y confidencialidad:	Se respetara los principios bióticos de confidencialidad, autonomía y beneficencia
Beneficios al término del estudio:	Se derivara a los pacientes y familiares al servicio de medicina familiar para abordaje integral.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Jesús Ramón Ojeda Castillo. Matrícula IMSS: 10547207. Correo electrónico: <a href="mailto:dr_ojedac70@hotmail.com">dr_ojedac70@hotmail.com</a> Teléfono: 631-31-359-15.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del sujeto

Testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo

\_\_\_\_\_

### ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

No. De encuesta	No. De Afiliación	Edad	Género	Familiar o portador	Cohesión (puntos)	Adaptabilidad (puntos)	Funcionalidad