



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21

**CALIDAD DE VIDA Y REDES DE APOYO EN MUJERES CON CANCER DE
MAMA DE LA UMF # 21 EN 2013**

NÚMERO DE FOLIO R-2014-3703-1

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DRA. IRIS ISABEL REYES GARCIA
RESIDENTE DE TERCER GRADO MEDICINA FAMILIAR

ASESOR: DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Facultad de Medicina



MÉXICO DF 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

PORTADA.....	- 1 -
INDICE.....	- 2 -
AUTORIZACIONES DE TESIS	- 4 -
TITULO	- 7 -
RESUMEN	- 8 -
INTRODUCCIÓN	- 10 -
MARCO TEORICO	- 11 -
CANCER DE MAMA	- 11 -
CALIDAD DE VIDA	- 14 -
APOYO SOCIAL	- 15 -
CARACTERISTICAS EN EL DESARROLLO JURIDICO NORMATIVO DEL CANCER DE MAMA EN MEXICO.....	- 16 -
ANTECEDENTE HISTORICO.....	- 16 -
JUSTIFICACION.....	- 18 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 19 -
OBJETIVOS	- 21 -
OBJETIVO GENERAL	- 21 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 21 -
DEFINICION DE VARIABLES	- 22 -
METODOLOGIA:	- 24 -
TIPO DE ESTUDIO	- 24 -
GRUPO DE ESTUDIO	- 24 -
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	- 26 -
TAMAÑO DE LA MUESTRA	- 27 -
TIPO DE MUESTRA:	- 28 -
CRITERIOS DE SELECCIÓN	- 28 -
INSTRUMENTOS UTILIZADOS	- 28 -
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS	- 28 -
RECURSOS	- 29 -
RESULTADOS	- 31 -

ANALISIS DE RESULTADOS	- 50 -
DISCUSION	- 51 -
CONCLUSIONES	- 52 -
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	- 53 -
ASPECTOS ETICOS	- 54 -
ANEXOS	- 55 -
BIBLIOGRAFIA	- 63 -

“CALIDAD DE VIDA Y REDES DE APOYO EN MUJERES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF # 21 EN EL 2013”

AUTORIZACIONES DE TESIS

DRA. MARIBEL MUÑOZ GONZALEZ

Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DR JUAN FIGUEROA GARCIA

Profesor Titular de La Especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

ASESOR: DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Médico Cirujano, Maestría en Ciencias y Salud Pública, Coordinadora de Educación e investigación en la salud en UMF No. 21, “Francisco del Paso y Troncoso”

DEDICATORIAS:

A Dios.

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.

A mis Padres: Rosa Isela y Agustín

A quienes les debo todo en la vida, les agradezco la comprensión y la paciencia que tuvieron para criarme y educarme siempre con amor; Gracias por sus consejos, por cultivar e inculcar en mí los valores de la responsabilidad y el respeto a los demás. Por su apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones y a pesar de mis errores. Por el impulso día a día en los momentos más difíciles de mi vida que ayudaron para culminar mi carrera profesional y ahora el posgrado.

¡Gracias por todo!

¡Los quiero mucho!

A mi Esposo. Oscar Eduardo.

Por ser uno de los pilares más importantes en mi vida, A quien le debo haber conocido el amor en todos los sentidos, por tu compañía a lo largo de este arduo camino, y compartir conmigo alegrías y fracasos, por esas palabras de aliento que siempre tenías para en mí en los momentos más difíciles durante los últimos años y por todo ese amor que me demuestras día a día.

A mis Hermanos. Carlos Roberto y Jazmín.

Por su permanencia constante en mi vida como mejores amigos; Por acompañarme en mis fracasos y celebrar mis triunfos. Por ser ese estímulo para lograr mis metas y crear en ellos la mentalidad de que todo es posible con dedicación y esfuerzo. Por sus expresiones de cariño y amor.

¡Gracias! -

A mis Profesores.

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por las enseñanzas transmitidas durante el desarrollo de mi formación profesional, en especial: Dra. Leonor Campos Aragón, Dra. Carmen Zapata Carlín y Dr. José Jesús Arias Aguilar.

A mis amigos.

Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino conservando nuestra amistad: Jannette García, amiga desde el internado con la cual inicié esta etapa, a Gustavo, Jerónimo, Silvia, Jacqueline, Jeanett, Cristina e Itzel con quienes conviví en todos estos años. Y una mención especial a Mariana por todo su apoyo, comprensión y palabras de aliento fundamentales para continuar hasta el final.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social

Al que le debo estar donde estoy, motivar el crecimiento académico de sus trabajadores, y ayudar en el desempeño de las actividades diarias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por permitirme ocupar un lugar dentro de la Institución, por brindarme los mejores profesores y velar por el aprendizaje de sus alumnos.

Atte.

*Dra. Iris Isabel Reyes García
Médico Especialista en Medicina Familiar*

**CALIDAD DE VIDA Y REDES DE APOYO EN
MUJERES CON CANCER DE MAMA DE LA
UMF # 21 EN 2013**

CALIDAD DE VIDA Y REDES DE APOYO EN MUJERES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF 21 EN 2013

Dra. Leonor Campos Aragón* Dra. Iris I. Reyes García**

Resumen

El avance tecnológico del país aumentó la expectativa de vida, con mayor prevalencia de neoplasias como cáncer de la mama, Primera causa de muerte en mexicanas según registros de mortalidad del INEGI. La Calidad de Vida, parámetro importante de evolución en tratamientos clínicos y psicológicos de pacientes, reflejando el estado psicológico, social y biológico del paciente con cáncer y las alteraciones positivas o negativas que puedan suceder a la terapia. **Objetivo general:** determinar la calidad de vida y el apoyo social de mujeres con cáncer de mama. **Hipótesis:** Existe deterioro mayor al 60% del estado de salud con mayor tiempo de diagnóstico de cáncer de mama en la UMF 21. **Material y métodos:** Realizamos un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico de 218 mujeres con cáncer de mama de la UMF 21, del 01 de marzo al 31 de diciembre del 2013, en distintos estadios y tratamientos, aplicamos cuestionarios: SF-36 y MOS, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, previo consentimiento informado, de acuerdo a pautas éticas vigentes. **Análisis de resultados:** Encontramos que la calidad de vida no se ve modificada por el tiempo de diagnóstico de cáncer de mama, Pero el apoyo social si es afectado respecto a los años de diagnóstico siendo el apoyo emocional y afectivo las principales dimensiones afectadas.

Palabras Clave: Cáncer de Mama, calidad de vida, apoyo social.

*Asesor, Especialista en Medicina Familiar y Profesor adjunto en Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS. **Asesor, Maestría en Ciencias, Maestría en Salud Pública, Coordinadora de Educación e investigación en la salud.*** Residente de Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS.

QUALITY OF LIFE AND SUPPORT NETWORKS IN WOMEN WITH BREAST CANCER IN THE UMF 21 2013

Dr. Leonor Campos Aragon * Dr. Iris Reyes García I. **

Abstract

The country's progress Technologic increased life expectancy, with higher prevalence of malignancies such as breast cancer, first cause of death in Mexican mortality records according to INEGI. The Quality of Life, an important parameter in clinical development and psychological treatment of patients, reflecting the psychological, social and biological status of the cancer patient and positive or negative changes that may happen to therapy. **Overall objective:** To determine the quality of life and social support in women with breast cancer. Hypothesis: There is 60% greater deterioration in health status with longer diagnosis of breast cancer in the FMU 21. **Material and methods:** Conducted an observational, cross-sectional, descriptive and analytical study of 218 women with breast cancer UMF 21, from 01 March to 31 December 2013, at different stages and treatments, we applied questionnaires: SF-36 and MOS, a non-probability convenience sampling, prior informed consent according to current ethical guidelines. **Analysis of results:** We found that quality of life is not changed by the time of diagnosis of breast cancer, but if social support is affected for the years of diagnosis being emotional and affective support key affected dimensions.

Keywords: Breast Cancer, quality of life, social support.

* Consultant, Specialist in Family Medicine and Family Medicine Associate Professor of UMF.21 IMSS. Adviser **, Master of Science, Master of Public Health, Education Coordinator and research in health. *** Resident Family Medicine UMF.21 IMSS.

INTRODUCCION:

El cáncer es una enfermedad provocada por el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario, que proliferan sin control y se multiplican de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general lleva a la muerte a la persona afectada, si no se somete a un tratamiento adecuado. ¹

La malignidad del cáncer es variable, según la agresividad de sus células y demás características biológicas de cada tipo tumoral. En general el comportamiento de las células cancerosas se caracteriza por escapar al control reproductivo que requería su función original, perdiendo sus capacidades primitivas y adquiriendo otras que no les corresponden, invadiendo de forma progresiva y por distintas vías órganos próximos, o incluso diseminándose a distancia (metástasis), con crecimiento y división más allá de los límites normales del órgano al que pertenecían primitivamente, diseminándose por el organismo fundamentalmente a través del sistema linfático o el sistema circulatorio, y ocasionando el crecimiento de nuevos tumores en otras partes del cuerpo alejadas de la localización original.

Las diferencias entre tumores benignos y malignos consisten en que los primeros son de crecimiento lento, no se propagan a otros tejidos y rara vez recidivan tras ser extirpados, mientras que los segundos son de crecimiento rápido, se propagan a otros tejidos, recidivan con frecuencia tras ser extirpados y provocan la muerte en un periodo variable de tiempo, si no se realiza tratamiento.

Los tumores benignos pueden recurrir localmente en ciertos casos, pero no suelen dar metástasis a distancia ni matar al portador, con algunas excepciones.

El cáncer puede afectar a personas de todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, 7,6 millones de personas murieron por esta enfermedad en el mundo durante el año 2007. ²

El proceso por el cual se produce el cáncer (Carcinogénesis) es causado por anomalías en el material genético de las células. Estas pueden ser provocadas por distintos agentes carcinógenos, como la radiación, productos químicos de la industria, del humo del tabaco y de la contaminación, o de agentes infecciosos como el VPH y VHC.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Esto es resultado de la interacción de factores genéticos y externos (físicos, químicos y biológicos), que producen la degeneración de las células con lo que se originan lesiones precancerosas y finalmente tumores malignos. Dichos tumores suelen estar localizados, pero eventualmente pueden diseminarse a otros órganos (metástasis)

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2011), reporta que de 2007 a 2009 en América Latina, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de cáncer maligno es de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes.

Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168.4 por cada 100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6); México como resultado de los esfuerzos que se han llevado a cabo en materia de prevención, atención oportuna y sensibilización, tiene la tasa más baja de Latinoamérica (75.4).³

En el año 2006 se encontró que el cáncer más frecuente en la población mexicana fue el de mama con una prevalencia del 12.9%. Con los registros de próstata, mama, cuello y cuerpo del útero, ovario y testículo, los tumores del aparato genital ocupan el primer lugar; en 2004 sumaron 38,718 registros, el 33.58% del total nacional; para 2005 hubo 37,261 registros siendo el 33.08% del nacional; y finalmente en 2006 se obtuvieron 35,664 registros, integrando el 33.57% de los diagnósticos totales de ese período. Dentro de las entidades federativas las que presentan mayor número de casos de cáncer en general son Distrito Federal y Nuevo León.⁴

En este sentido, la OMS en apoyo a la Unión Internacional contra el Cáncer, conmemora el 4 de febrero como el Día Mundial contra el Cáncer. Con el fin de brindar información estadística relevante y favorecer en la labor de difusión y prevención sobre esta enfermedad, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta un panorama general sobre las neoplasias malignas que afectan a la población mexicana.

MARCO TEORICO

Cáncer de Mama

El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo.

Cuando nos referimos específicamente a la glándula mamaria, esta podría dar origen a un tumor maligno en cualquiera de sus estructuras celulares que la conforman. Sin embargo, los casos más frecuentes en cuanto a su origen histológico y su localización son los originados en las estructuras glandulares. Dentro de éstos, los tumores más frecuentes a nivel mundial son los de tipo ductal (alrededor de 85% de los casos) y lobulillar. Cualquiera de estos, por su extensión microscópica, se clasifican en *no invasivos* o *in situ* e *invasivos* o *infiltrantes*. El carcinoma lobulillar *in situ* no se considera un verdadero cáncer, pero constituye un factor de riesgo de aparición de cáncer invasor.

Es importante mencionar, ya que a este tipo de tumor en específico se le atribuyen característicamente ciertos factores de riesgo para su génesis, aproximadamente 66% de las mujeres con cáncer de mama no tienen factores de riesgo conocidos. No obstante se han identificado algunos, como menarquía temprana, nuliparidad o primera gestación luego de los treinta años de edad, no haber lactado, menopausia tardía, utilización de terapia de reemplazo hormonal, consumo regular de bebidas

alcohólicas, obesidad en la posmenopausia, radiación ionizante sobre la pared anterior del tórax, antecedente de hiperplasia con atipias, antecedente personal de cáncer de mama, historia familiar de cáncer de mama en primer grado de consanguinidad y factores genéticos tales como la expresión de los genes BRCA1 y BRCA2. ⁴

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

Aunque reducen en cierta medida el riesgo, las estrategias de prevención no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama. ⁵

El cáncer de la mama femenina es raro antes de los 25 años con una incidencia máxima en la menopausia o después.

Existe la asociación con factores de riesgo específicos como la predisposición genética, edad creciente, duración de la vida reproductiva (menarquia temprana y menopausia tardía), nuliparidad, edad de primera gestación mayor a 30 años, obesidad, ingesta de estrógenos exógenos, uso de contraceptivos orales, alteraciones fibroquísticas, y carcinoma de la mama contralateral. Aunque el carcinoma puede presentarse aún en ausencia de factores de riesgo.

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 cérvicouterino. ⁶

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. A lo largo de la vida lo padecerá una de cada 8-10 mujeres. Es una enfermedad de países desarrollados, con mayor incidencia en Estados Unidos, Australia, norte de Europa y Argentina. En España se diagnostican más de 15.000 casos nuevos al año y fallecen 6.000 mujeres por esta causa. Aunque está en segundo lugar entre las causas de muerte tras las enfermedades cardiovasculares, conlleva el mayor número de años potenciales de vida perdidos. ⁷

Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. El cribado mediante mamografía es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo.

Muchos países de ingresos bajos y medios que afrontan la doble carga de cáncer cervicouterino y cáncer de mama deben emprender intervenciones costo eficaz y asequible para hacer frente a esas enfermedades altamente prevenibles.

La OMS promueve el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La Organización, con el apoyo de la Fundación Komen, está llevando a cabo un estudio de 5 años sobre la costo eficacia del control del cáncer de mama en diez países de ingresos bajos y medios.

El proyecto incluye un instrumento de estimación de costos de los programas para evaluar las posibilidades de financiarlos. Se espera que los resultados de este proyecto aporten datos que permitan formular políticas apropiadas contra el cáncer de mama en los países poco desarrollados.

El cáncer de mama es una enfermedad que está consolidándose como un problema prioritario de salud pública en América Latina. Se estima que en 2020 en el mundo habrá cerca de dos millones de casos nuevos, de los cuales 76% residirán en países de ingresos medios y bajos, y de estos, 20% en América Latina, donde cada año se diagnostican 114 900 casos nuevos y mueren a causa de la enfermedad 37 000 mujeres.

Según estudios publicados, en la Región de las Américas se ha producido un incremento importante de la incidencia y la mortalidad de este cáncer en los últimos 30 años. La tasa de incidencia aumentó de 18 a 35% entre 1980 y 2008, y la de mortalidad, 18% entre 2002 y 2008, con gran variabilidad regional (mayores tasas en países del cono sur, como Uruguay y Argentina). Considerando el envejecimiento de la población en la Región (en 2050 se habrá triplicado la fracción de ancianos, que habrá pasado de 8 a 24% de la población), se espera que la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad aumenten, dado que está asociada al envejecimiento. Una de sus consecuencias será el aumento de la carga económica de la enfermedad, que afectará tanto a los sistemas de salud como a las familias.

Entre enero de 2007 y agosto de 2009 la tasa de mortalidad acumulada por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama fue de 36,4 y 42,7 por 100.000 mujeres de 25 y más años de edad, respectivamente. En 2009 la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino se estimó en 12,9 defunciones por cada 100.000 mujeres del mismo grupo etario, ligeramente inferior (5,4%) a las 13,6 defunciones notificadas en 2008 y marcadamente más baja (32%) que la tasa de 19,2 del año 2000. Por el contrario, la mortalidad por cáncer de mama muestra una tendencia ascendente, con un crecimiento de 12% entre 1990 y 2000 (de 13 a 14,6 defunciones por 100.000 mujeres de 25 años y más) y de 14% entre 2001 y 2009. En este último año la tasa subió a 16,9 defunciones por 100.000 mujeres de 25 y más años de edad.

En México el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres mayores de 25 años. La tasa de incidencia en 2008 fue de 27,2 por 100 000 y la de mortalidad, de 10,1 por 100 000, y ha mostrado una tendencia incremental entre 1980 y 2005), de 3,6% en 18 años. Desde 2005, la mortalidad por este cáncer supera la mortalidad por cáncer cérvico uterino. En 2010, de los casos confirmados, más del 50% fueron diagnosticados en estadios avanzados (III y IV).⁸

CALIDAD DE VIDA:

La CV en un sentido general puede definirse como el equilibrio entre estados de bienestar y malestar. La adaptación a una vida con cáncer o el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida puede considerarse como relativo a la reducción de las emociones negativas y a la creación de una situación vital con fuentes adecuadas de gratificación personal y satisfacciones diarias.⁹

En el ámbito de la oncología el término “calidad de vida” está adquiriendo cada vez más importancia debido a los cambios que se están produciendo en las posibilidades de tratamientos.

Los avances científico-tecnológicos permiten que en muchos casos se alargue la vida de los pacientes, a base de la utilización de terapias en ocasiones altamente agresivas, pero necesarias para prolongar la supervivencia de los enfermos.

En resumen podríamos decir que el estudio científico de la calidad de vida del paciente de cáncer es importante porque permite:

Conocer el impacto de la enfermedad y o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico; Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos, Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad, Evaluar mejor las terapias paliativas, Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas, Facilitar la rehabilitación de las pacientes.

La calidad de vida vincula factores objetivos y subjetivos relacionados con el proyecto personal de vida del hombre. Su objetivo es configurar un nivel suficiente para llevar una vida social, cultural y económicamente digna, una vida verdaderamente humana; lo que depende de las particulares circunstancias socioculturales que definen a la comunidad y de las aspiraciones, deseos y propuestas de sus integrantes.

Según Engquist la calidad de vida es el estado en el cual el sujeto es capaz de lograr su seguridad, autoestima y tiene la oportunidad de usar sus capacidades intelectuales y físicas en la consecución de sus objetivos.¹⁰

Según Callahan representa el grado de adecuación del individuo a su entorno, principalmente el entorno físico (condiciones de vida), y a la opinión que éste tiene respecto al mismo.¹¹

La calidad de vida ha llegado a ser un elemento indispensable en la evaluación de los tratamientos, especialmente en los ensayos clínicos realizados en diversos países. En oncología numerosos cuestionarios e índices han sido desarrollados y validados.¹²

Soren Ventegodt refiere que las Escalas de Medición de Calidad de Vida pueden ser usadas en una Población Específica o en un Grupo de pacientes. Gracias a dichas evaluaciones es factible la toma de decisiones y la implementación de políticas adecuadas de intervención en dichas poblaciones de estudio, capacitando así a las entidades de salud a identificar grupos vulnerables de población.¹³

El instrumento utilizado en este estudio es el cuestionario SF-36 incluye 36 preguntas que, una vez calificadas, generan ocho dimensiones diferentes sobre la calidad de vida relacionada con la salud, incluyendo funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y percepción general de salud. Todas las dimensiones son calificadas en una escala que varía de 0 a 100, con el valor de 100 que representa el mejor estado posible de salud. A partir de estas dimensiones es posible estimar dos componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, uno físico y otro mental. Se utilizó el cuestionario de SF-36 en español desarrollado por el grupo de Waret y validados en la región de Morelos, México, por el equipo de investigación que elaboró el presente artículo; los datos fueron calificados utilizando la metodología desarrollada por este mismo autor.¹⁴

REDES DE APOYO SOCIAL

En pacientes con cáncer el apoyo social se considera una variable que influye en su respuesta emocional ante la enfermedad.

Varios estudios confirman los beneficios del apoyo social sobre enfermedades médicas concretas.¹⁵

El constructo de apoyo social intenta contemplarse como un conjunto de dimensiones que recogen aspectos cuantitativos y cualitativos. El componente cuantitativo o estructural del apoyo social se refiere al abanico e interconexión de recursos que lo posibilitan, y como indicador se utiliza el número de personas o el tamaño de la red social que comprenden sus contactos. El apoyo social cualitativo, con un carácter más multidimensional, se refiere al sentimiento positivo o negativo que adquieren las funciones básicas de las relaciones interpersonales en la persona que lo recibe.¹⁶

Siendo tan evidentes las relaciones entre apoyo social y salud, existe cada vez mayor interés por incorporar el análisis y cuantificación del primero dentro de las actividades del médico de familia. Sin embargo uno de los principales problemas que han encontrado los investigadores al estudiar el apoyo social, ha sido la falta de instrumentos de medida válidos y, sobre todo, que puedan usarse en la práctica diaria.¹⁷

Para evaluar el Apoyo social contamos con el cuestionario MOS, Este Test consta de 20 preguntas, las cuales permiten investigar 4 dimensiones de Apoyo: Emocional / Informativa: La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información. (Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19), Apoyo Instrumental: La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona. (Preguntas: 2- 5-12-15), La interacción social positiva: La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse. (Preguntas: 7-11-14-18), Apoyo Afectivo: Las expresiones de amor y de afecto. (Preguntas: 6-10-20).¹⁸

CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO JURIDICO NORMATIVO EN EL CANCER DE MAMA EN MEXICO:

En México el programa de salud es resultado de un proceso de planificación estratégica que definió objetivos, metas y líneas estratégicas, y un modelo de atención que incluye los ámbitos comunitario e individual.

Su aplicación es de obligatorio cumplimiento para todo el sector salud. Lo más representativo en este aspecto son: La Norma Técnica para la atención del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2011) formulada en el año 2002 y actualizada recientemente (publicación diario oficial 2011),⁸ y el Programa Específico de Acción desarrollado desde el año 2001 y actualizado en 2007.

Debido al reto que para los gobiernos y los sistemas de salud impone la atención del cáncer de mama en la Región, es importante conocer de qué manera se están preparando los diferentes países para afrontar este desafío. Es fundamental idear soluciones integrales que respondan con equidad, calidad y protección financiera a la atención de las necesidades y expectativas de la población, ya que el pronóstico clínico de las pacientes mejora y la mortalidad disminuye cuando la organización de los procesos de atención es adecuada, es decir, cuando existen programas debidamente estructurados y dotados de los recursos apropiados para prestar dicha atención.

ANTECEDENTE HISTORICO:

A través del tiempo han existido documentos y hechos que hacen referencia a las enfermedades de las mamas a las cuales, en ocasiones se les daba mucha importancia, en otras era relativo. En Egipto se encontró, el "PAPIRO DE EDWIN SMITH", años 3000 y 2500 a. de C., con casos de tumores y úlceras de las mamas, estableciéndose diferencias entre unos y otras.

El "PAPIRO DE EBERS" del año 1500 a. de C., describe el tratamiento con un cuchillo del tumor de la mama.

Hipócrates, en su libro "Enfermedades de la Mujer", menciona el signo de secreción por el pezón y describe el periodo terminal del cáncer de la mama.

Galeno, en el siglo II (131-200 d.C.), describe el cancer de mama como "cangrejo"; probablemente de esto nace el término "cáncer". también describió la hipertrofia mamaria en el hombre a la cual llamó ginecomastia, nombre que se conserva hasta nuestros días. Sorano de Éfeso practicó amputación total del órgano, realizando posteriormente cauterizaciones de los lechos sangrantes con fines hemostáticos.

Ambrosio de Paré (1510-1590) fue de los primeros en notar la adenopatía axilar en el cáncer de la mama.

Girolamo Fabrizio D'Acquapendente (1537-1619), discípulo de Fallopio, fue el primero en realizar una cirugía, extirpando simultáneamente la cadena ganglionar con la mama, además se ocupó del cáncer mamario en el hombre.

Jean Louis Petit (1674-1750) describió con detalle la técnica de la mastectomía y la evacuación de la cadena linfática axilar, así como la metástasis ósea en el cáncer de la mama.

John Hunter (1728-1793); escribió la obra “Lectures on the Principles of Surgery”, donde hace referencia a la sintomatología mamaria, mencionando que a veces el primer síntoma de cáncer mamario es la secreción por el pezón.

Léon Gosselin (1815-1887) publicó su obra en 1873, “Lecciones de Clínica Quirúrgica del Hospital de Caridad”, menciona recomendaciones para la patología mamaria, ya que el consideraba a la cirugía mamaria como paliativa y no curativa; describe lo que actualmente es la enfermedad de Paget.

A principios del siglo XIX con la aparición de la antisepsia y el descubrimiento de la anestesia, se abrieron nuevos campos para la cirugía y dentro de ésta para el cáncer de la mama.

Sir James Paget (1814-1899) descubrió las características de la enfermedad que lleva su nombre en 1874.

Charles Moore en 1867 demostró las recidivas post operatorias debidas a una operación insuficiente, pero para su tiempo lo que el proponía era demasiado riesgoso, ya que un gran número de ellas morían por sepsis.

En el siglo XX aparecen múltiples contribuciones para perfeccionar las técnicas quirúrgicas y los tratamientos postoperatorios, sobre todo la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Cobran cierto interés los procesos benignos especialmente las displasias.

En los últimos diez años se ha dado en el mundo un avance muy importante en el conocimiento genético que ha llevado a la medicina a reconocer algunos factores posibles como pre-cancerígenos.

En estos momentos se encuentran en estudio un gran número de componentes celulares que pueden tener una participación importante en la historia natural de la enfermedad mamaria.

Entre estos destaca la prueba cualitativa y cuantitativa de la proteína biomarcadora “C-erbB-2” en saliva, el cual es un marcador generado en tumores mamarios, siendo una proteína soluble del oncogen presente en suero y saliva y que se eleva por igual en presencia de un tumor maligno.

Otros estudios importantes en la actualidad, que se encuentran en etapa avanzada, son los que parten del concepto de interdependencia crítica estrógenica, que implica la activación simultánea de dos o más complejos peptídicos capaces de responder sinérgicamente a un factor de activación. La posibilidad de detectar estas alteraciones de manera cuantitativa en sangre periférica, constituirá una base sólida para una prueba útil en el tamizaje preventivo, diagnóstico y el seguimiento en las pacientes con cáncer de mama.

JUSTIFICACION.

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en 2008. Los principales tipos de cáncer son los siguientes:

- pulmonar (1,37 millones de defunciones);
- gástrico (736 000 defunciones);
- hepático (695 000 defunciones);
- colorrectal (608 000) defunciones;
- mamario (458 000 defunciones);
- cervicouterino (275 000 defunciones).

Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030.

El informe cita cálculos de la Fundación Mexicana de la Salud que señalan que solo en América Latina y el Caribe cada año mueren más de 40.000 mujeres de cáncer de mama y que se registran más de 117.000 casos anuales.

Para 2020, habrá 154.000 nuevos casos, lo que representará un aumento del 31 por ciento y la muerte de 52.500 pacientes.

El cáncer de mama es una de las patologías asociadas al envejecimiento, al retraso en el inicio de la vida reproductiva y a los estilos de vida; además, representa un problema de salud pública, debido al incremento gradual y sostenido de dicha enfermedad, así como al costo de su tratamiento⁶. Según la OMS, a nivel mundial, el cáncer de mama afecta al 16% de la población femenina que padeció algún tipo de cáncer.

En 2008, la incidencia de cáncer de mama en nuestro país fue de 7.57 casos por cada 100 mil habitantes, afectando principalmente a las mujeres, quienes presentan una incidencia de 14.63 frente a la de 0.27 de los varones. En este sentido, resulta importante conocer la magnitud de este padecimiento entre la población femenina; por ejemplo, la mayor incidencia se presenta en el Distrito Federal (45.84), seguida por Sinaloa (45.76) y San Luis Potosí (45.20), en contraparte, la incidencia más baja se observa en el estado de México (4.62), Chiapas (4.24) y Tlaxcala (2.96).

Debido a que el cáncer de mama representa un problema de salud pública de gran importancia a nivel mundial, nacional y estatal, siendo la primera causa de muerte en la mujer, y debido a que no existen estudios recientes en nuestro país en los cuales se investigue la calidad de vida y el apoyo social que existe en mujeres con este diagnóstico, se realiza este estudio para conocer el grado de calidad de vida de la mujeres con diagnóstico de cáncer de mama ya que refleja el estado psicológico, social y biológico del paciente y las alteraciones positivas o negativas que puedan suceder a la terapia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo con la encuesta nacional de salud y nutrición del 2012, El cáncer de mama En México, en 2010 se reportaron 5 062 muertes por cáncer de Mama. ²⁰

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer. El riesgo de cáncer de mama invasor se incrementa con la edad, como lo reporta la Sociedad Americana del Cáncer de Estados Unidos, que es de un caso por cada 206 mujeres (del nacimiento a los 39 años de edad), de 1 en 27 (de los 40 a 59 años), de 1 en 29 (de los 60 a 69 años) y de 1 en 15 (los 70 años en adelante) con un riesgo global de 12.08% durante toda la vida (1 de cada 8 mujeres). ²¹

En México, a partir del año 2006, el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años en adelante y ha desplazado de esta posición al cáncer cervicouterino.

En el año 2010 se registraron 5,113 defunciones, con una tasa de mortalidad de 10.1 fallecimientos por 100 mil mujeres, lo que hace un total de 13,648 nuevos casos.^{22 y 23}

En los últimos años, la medición de la Calidad de Vida, viene tomando importancia como parámetro de evolución de tratamientos clínicos y psicológicos de pacientes con enfermedades crónicas. El grado de calidad de vida refleja el estado psicológico, social y biológico del paciente portador de una enfermedad y las alteraciones positivas o negativas que puedan suceder a la terapia.

El objetivo es describir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. La disminución de la calidad de vida se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos. Pacientes con estatus de salud similar pueden presentar importantes diferencias en cuanto a disminución de calidad de vida atribuida a la enfermedad. Así mismo realizar intervenciones terapéuticas consensuadas para mejorar la calidad de vida.

Por lo anterior, me hago la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida y redes de apoyo que tienen las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la UMF No 21?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de calidad de vida y apoyo social que tienen las mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama, adscritas a la UMF No. 21 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar la calidad de vida que tienen las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama con el cuestionario SF36.
- 2.- Determinar el apoyo social que existe hacia las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama utilizando el cuestionario de Moss.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Existe una disminución del 60% o más del estado de salud a mayor tiempo de diagnóstico de cáncer de mama en la UMF 21.

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDICION.

VARIABLE: Independiente: Cáncer de Mama

Dependiente: 1.- Calidad de vida

2.- Apoyo social

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CUANTITATIVA A CUALITATIVA	ORDINAL NOMINAL	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Años cumplidos que refiere la paciente y los registrados en el expediente electrónico	CUANTITATIVA	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel escolar referido por la paciente y el registrado en el expediente electrónico	CUALITATIVA	Nominal	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Preparatoria 5.-Licenciatura 6.-Postgrado
OCUPACION	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada. empleo	Trabajo que desempeña y el que está registrado en el expediente electrónico.	CUALITATIVA	Nominal	1.-Obrero 2.-Campesino 3.-Empleado 4.-Comerciante 5.-Jubilado 6.-Pensionado 7.-Ninguno
ESTADO CIVIL	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de familia y que	Situación civil el que refiere el (la) paciente y el que está registrado en el expediente electrónico.	CUALITATIVA	Nominal	1.Soltero(a) 2.Casado(a) 3.Unión libre 4.Divorciado 5.Viudo

	hace referencia a la calidad de padre, de hijo, casado, soltero, etc.				
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR MENSUAL	Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás	Ingreso económico referido por la paciente.	CUALITATIVA	Nominal	1. Menos \$1000 2. \$1000 a \$5000 3. Mas de \$ 5000
CANCER DE MAMA	Crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo	Estadio de cáncer a su diagnóstico referido por la paciente	CUALITATIVA	Nominal	1.- 0 2.- I A 3.- I B 4. IIA 5. II B 6. IIIA 7. IIIB 8. IIIC 9. IV
CALIDAD DE VIDA		Resultado del Instrumento auto-aplicado	CUALITATIVA	Nominal	1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
REDES DE APOYO		Resultado del cuestionario auto-aplicado	CUALITATIVA	Nominal	1. Tiene 2. No tiene

MATERIAL Y METODOS

A) DISEÑO DEL PROYECTO

TIPO Y CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

El tipo de estudio que se plantea es un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico en un grupo de pacientes mujeres de cualquier edad con diagnóstico de cáncer de mama, derechohabientes de la UMF No. 21.

DEFINICION DEL UNIVERSO DE TRABAJO.

- a) Lugar de estudio: El estudio será realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS de la delegación sur del Distrito Federal.
- b) Población del estudio. Pacientes Mujeres a partir de 20 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, de acuerdo a cifras obtenidas de ARIMAC de un total de 218.
- c) Periodo del estudio.
De 01 de Marzo del 2013 al 31 de Diciembre del 2013.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio transversal De Marzo a Diciembre del 2013 en la Unidad de Medicina Familiar número 21 en México Distrito Federal. De un universo de 218 mujeres en un rango de edad de 20 años a 90 años con diagnóstico de cáncer de mama, en el periodo mencionado, del cual se realizó un cálculo de tamaño de muestra mediante la fórmula de proporciones para una población finita obteniéndose un total de 139 mujeres en dicho rango de edad, derechohabientes de la UMF No. 21 del IMSS; se obtuvieron los datos de las variables sociodemográficas y de riesgo a través del llenado de una de una ficha de registro y así mismo se realizó la auto aplicación del cuestionario SF-36 sobre la percepción de calidad de vida, y Mos sobre apoyo social, con una validez y confiabilidad con un de Cronbach del rango entre 0.70 y 0.94. Se analizaran los datos por estadio de cáncer de mama. Análisis Estadístico se utilizó el paquete de SPSS, con análisis univariado con medidas de tendencia central y de análisis de frecuencia expresadas en porcentaje. Y se hizo análisis bivariado con medida de asociación.. Para los criterios de inclusión se consideró a Mujeres de cualquier edad con diagnóstico de cáncer de mama, Con diagnostico en el año 2013, derechohabientes de la UMF 21, pacientes que acepten participar en el estudio. De eliminación aquellos que no contesten el 100% de los ítems.

En relación a los aspectos éticos de acuerdo a la declaración de Helsinki debido a que no se realiza alguna intervención física directa en los pacientes ni tener validez en trámites laborales, la investigación representa un riesgo mínimo. Aunque en este estudio se utilizará el formato oficial del IMSS de consentimiento informado.

Análisis estadístico:

Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, medición simultánea. Se utilizó el paquete de SPSS, con análisis univariado con medidas de tendencia central y de análisis de frecuencia expresadas en porcentaje. Y se hizo análisis bivariado con pruebas no paramétricas y chi cuadrada.

1. ESTRATEGIA DE MUESTREO

a) Universo: Total 218 pacientes.

b) Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo no probabilístico considerando el número de casos reportados con el diagnóstico de cáncer de mama durante el periodo del 01 de marzo a diciembre del 2013 obtenidos del servicio de ARIMAC.

Formula: Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de las mujeres de cualquier edad con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la UMF 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2} * P * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 * P * q}$$

Donde:

N= 218, Población de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la UMF 21, del 01-03-2013 al 31-12-2013.

$Z_{\alpha/2}^2$ = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d= Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p= 0.5 Se desconoce la prevalencia de adecuada calidad de vida.

q= 1-0.5 = 0.5

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{218 (1.96)^2 [(0.5) (0.5)]}{(0.05)^2 (218-1) + (1.96)^2 [(0.5)(0.5)]} = \frac{218 (3.8416) (0.25)}{(0.0025) 217 + 3.8416 [(0.25)]}$$

$$n = \frac{(837.46) (0.25)}{0.5425 + 3.8416 (0.25)} = \frac{209.3672}{0.5425 + 0.9604} = \frac{209.3672}{1.5029}$$

$$n = 139.3 \approx 139$$

$$n = 139$$

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

160 mujeres con cáncer de mama

TIPO DE MUESTRA:

Se utilizó una muestra de tipo no probabilístico por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Mujeres mayores de 20 años con diagnóstico de cáncer de mama.
2. Ser derechohabientes de la UMF 21.
3. Pacientes que acepten participar en el estudio.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con deterioro cognitivo severo.
2. Pacientes que no sepan leer ni escribir.

c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Que no hayan respondido el 100 % de todos los ítems de la escala.
2. Pacientes que ya fallecieron

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Cuestionario MOS de apoyo social
- Cuestionario SF-36 de Calidad de vida

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS.

Los datos fueron capturados con el programa estadístico SPSS versión 21; con análisis univariado con medidas de tendencia central y de análisis de frecuencia expresadas en porcentaje. Y se hizo análisis bivariado con pruebas no paramétricas y chi cuadrada. En el análisis descriptivo se obtuvieron medias, modas y medianas, y se presentaron en cuadros y gráficos, se hicieron asociaciones para valorar la calidad de vida y el apoyo social de mujeres con cáncer de mama, así como con las variables sociodemográficas y vera el valor estadístico con una p de 0.05 a través de una X².

Recursos e infraestructura:

Se contó con los recursos necesarios para la realización de este estudio, fué factible de realizarse porque se tiene al personal capacitado para realizar encuestas, un cuestionario de salud validado, y contamos con el apoyo de la Unidad de Medicina Familiar 21, “Francisco del paso y Troncoso” del IMSS, del departamento de ARIMAC del departamento de enseñanza y departamento clínico, así como con las autoridades del cuerpo de Gobierno de esta Institución.

Contamos con una población importante de derechohabientes de sexo femenino en dicho rango de edad, las cuales cuentan con diagnóstico de Cáncer de mama. El cual es suficiente para que mediante un muestreo de recolección podamos obtener la información acerca del objetivo que deseamos conocer. Los gastos de operación fueron solventados por el investigador, en este caso, médico residente.

Factibilidad:

Es factible ya que para su realización se requiere del uso de pocos recursos económicos.

Tiempo a desarrollarse:

El presente estudio se planea realizar de acuerdo al organigrama anexo en el periodo de marzo a diciembre del 2013.

Palabras claves:

Cáncer de mama, Calidad de vida, SF-36, Apoyo social, Mos, Clasificación Birads 4 y 5.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS.

- 1.-Pacientes que acepten participar en estudio.
- 2.-El propio investigador.
- 3.-Asesor metodológico.

RECURSOS MATERIALES.

- Computadora, papelería de oficina.
- Software Windows vista, paquete estadístico SPSS 17.
- Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Financiado por el propio investigador

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se requiere, ya que es un estudio transversal, observacional

RESULTADOS

A partir de una población de 218 mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama, mayores a 20 años de edad se calculó un tamaño de muestra de 139 pacientes, con la fórmula para muestras finitas, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, correspondientes a la UMF No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso", de ambos turnos, obteniendo los siguientes resultados, posterior a la evaluación de las variables sociodemográficas y a la aplicación de los cuestionarios SF-36, para evaluar Calidad de vida y Mos, para evaluar la percepción del apoyo social, mediante el análisis de cuatro parámetros; se analizaron los datos obtenidos y se compararon entre las variables sociodemográficas, de esta manera se obtuvo la calidad de vida y apoyo social que tienen las mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama.

Así mismo se obtuvo que la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama es regular con un 48.92%, seguida de buena con el 33.81% y mala en un 10.79%.

Y Se encontró que las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21 no tienen apoyo en un 74.82% y Si tienen apoyo en un 25.18%.

RESULTADOS

Frecuencia del Cáncer de Mama por Edad				
Validos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
25-29	1	.7	.7	.7
30-34	2	1.4	1.4	2.2
35-39	4	2.9	2.9	5.0
40-44	6	4.3	4.3	9.4
45-49	10	7.2	7.2	16.5
50-54	22	15.8	15.8	32.4
55-59	25	18.0	18.0	50.4
60-64	19	13.7	13.7	64.0
65-69	13	9.4	9.4	73.4
70-74	6	4.3	4.3	77.7
75-79	17	12.2	12.2	89.9
80-84	10	7.2	7.2	97.1
85-90	4	2.9	2.9	100.0
Total	139	100.0	100.0	

De acuerdo con la gráfica realizada por frecuencia de edades encontramos que el mayor número de casos se ubica en el grupo de edad de 55 a 59 años de edad, seguido del grupo de 50 a 54 años, y continuando con el grupo de 75 a 79 años de edad.

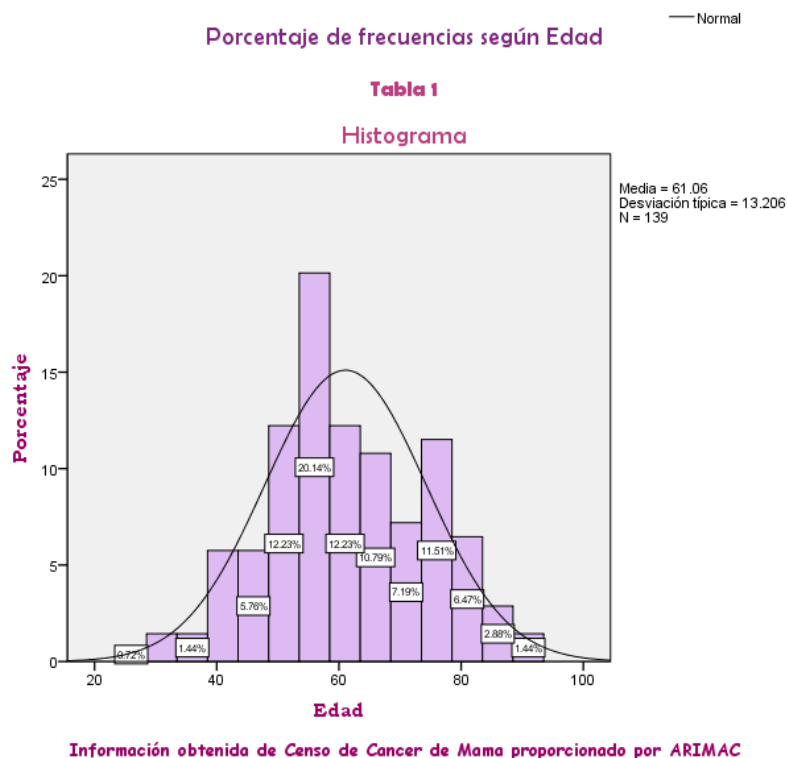
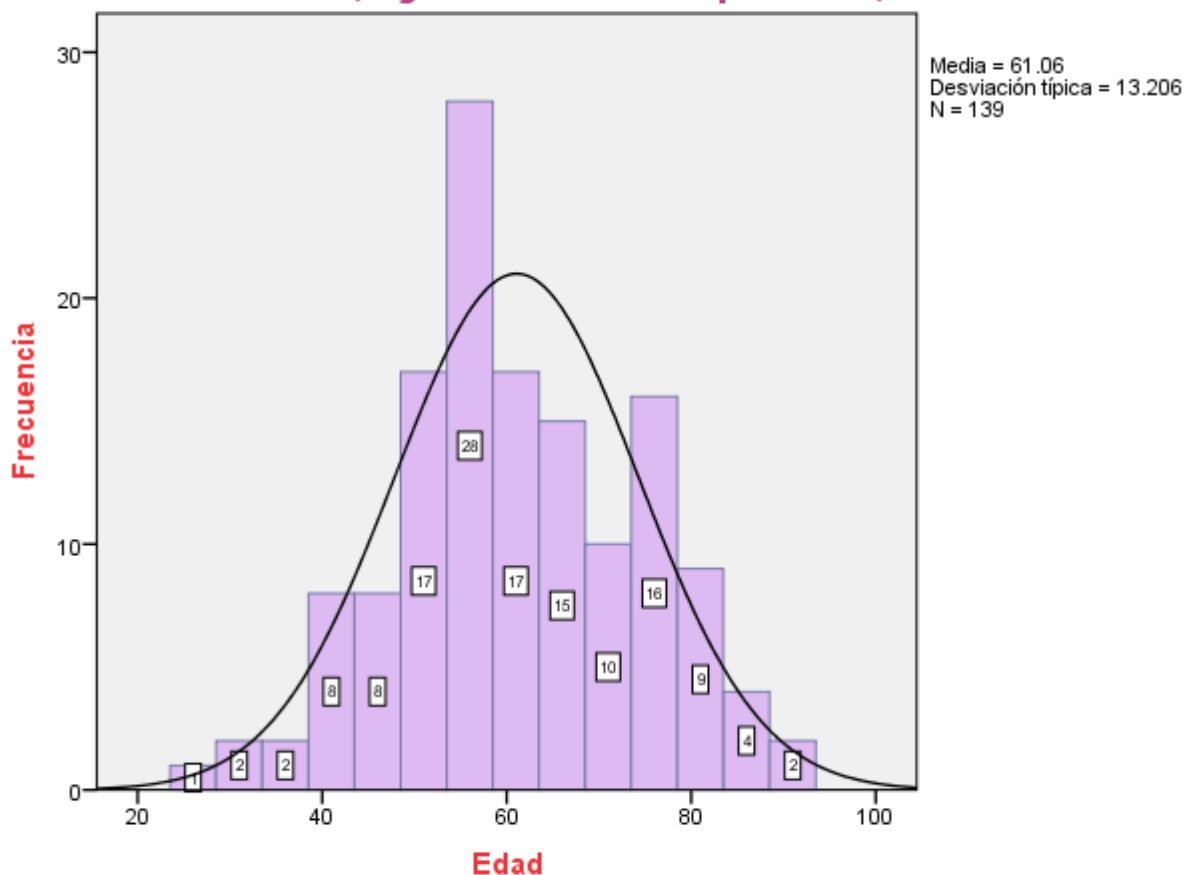


Tabla Número 2

Histograma de frecuencia por edades:

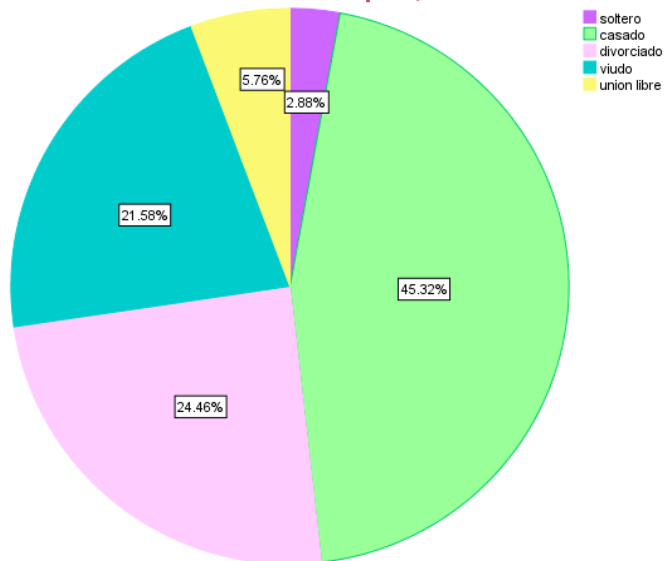


Información obetenida de la encuesta realizada por el investigador

De la misma Manera se muestra el Esquema de Distribución de Casos de Cáncer de Mama por edad, se obtiene una media de 61 años de edad en la UMF No. 21 en el año 2013, la cual es de Distribución Normal.

Gráfica Número 1

Frecuencia por Estado Civil

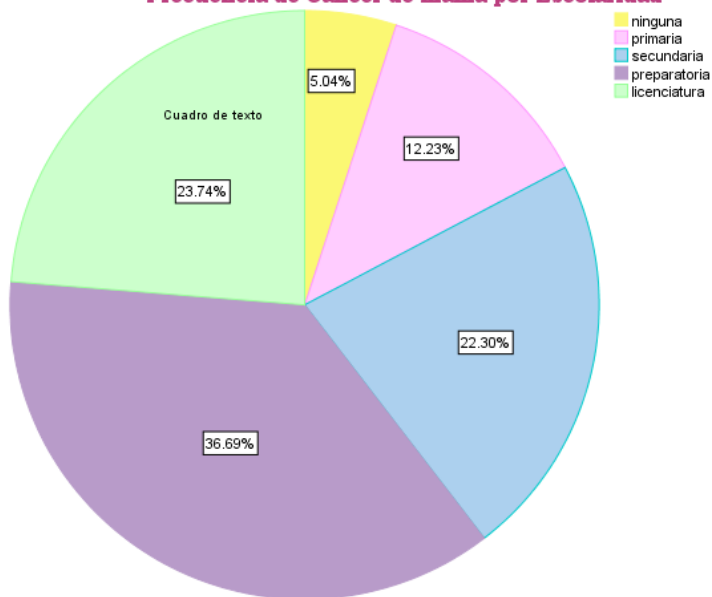


Datos obtenidos de Cuestionario sociodemografico realizado por el investigador

En Este gráfico se muestra que el estado civil que prevalece en las mujeres con Cáncer de Mama de la UMF 21, en el año 2013, son en casadas con un porcentaje de 45.32%, seguida por el grupo de Divorciadas con 24.46%, y el de Viuda con 21.58%.

Gráfica Número 2

Frecuencia de Cancer de mama por Escolaridad

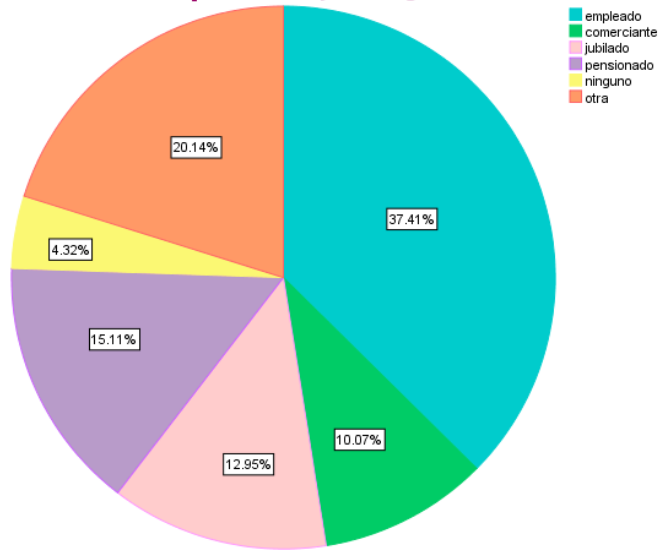


Datos obtenidos de Cuestionario Sociodemográfico realizado por el Investigador

En esta gráfica observamos la Escolaridad que prevalece en las pacientes con cáncer de Mama de la UMF 21 en el año 2013, Donde la Preparatoria se encuentra con un porcentaje mayor de 36.69%, seguido del grupo de Licenciatura en un 23.74%, y Secundaria en un 22.30%.

Gráfica Número 3

Frecuencia de ocupación en mujeres diagnosticadas con Cáncer de mama

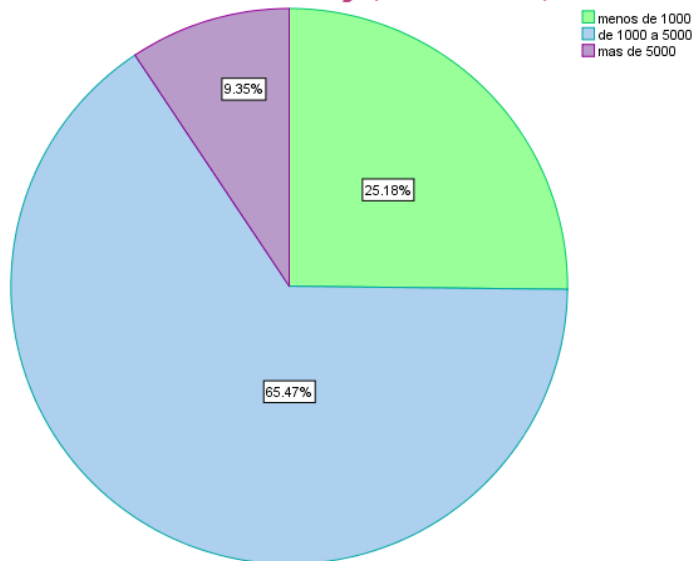


Información tomada de Cuestionario sociodemográficos realizados por el investigador

En este gráfico se muestra la prevalencia de Ocupación de las Mujeres con Diagnóstico de Cáncer de Mama de la UMF 21 en el año 2013. El mayor porcentaje se encuentran son empleadas con un 37.41%, Seguida del rubro de "Otra" (ama de casa) en un 20.14%, Pensionadas en un 15.11%, Jubiladas en un 12.95% y en menor frecuencia se encuentran las comerciantes.

Gráfica Número 4

Frecuencia de Ingreso Económico Mensual

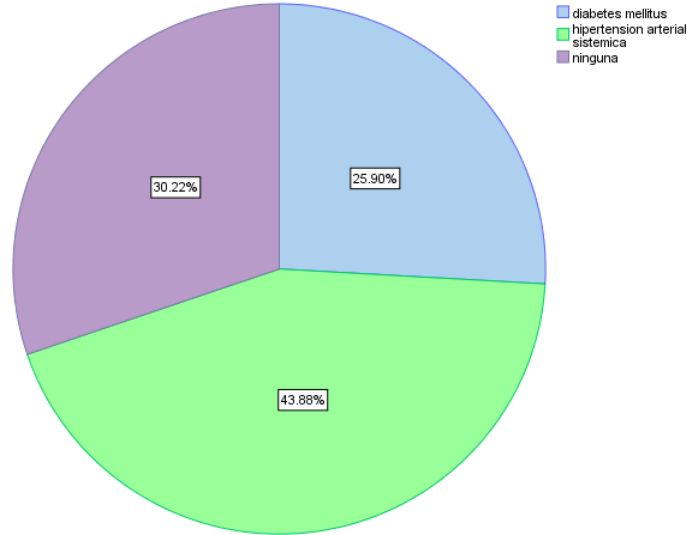


Datos obtenidos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado por el Investigador

Con esta Gráfica observamos el Ingreso económico presente en las pacientes con Cáncer de Mama de la UMF 21 en el año 2013, obteniendo un ingreso mensual entre 1000 y 5000 pesos (65.47%), seguida de 1000 pesos (25.18%), y mayor a 5000 pesos (9.35%).

Gráfica Número 5

Frecuencia de Enfermedades Crónico Degenerativas

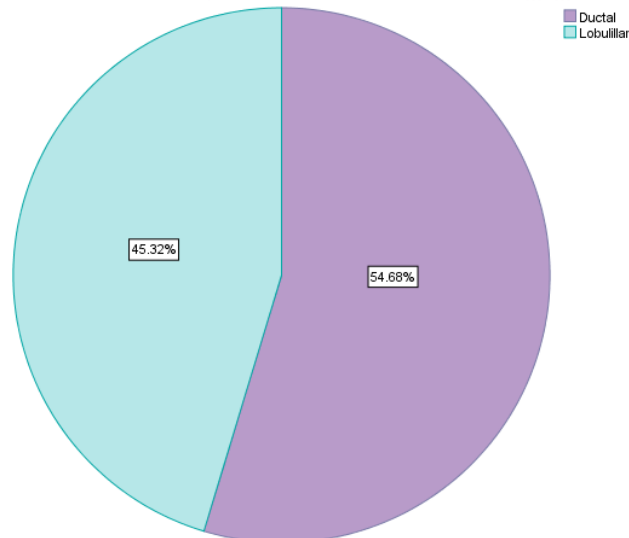


Información Obtenida del Cuestionario Sociodemografico aplicado por el Investigador

Aquí representamos la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas asociadas a las mujeres portadoras de cáncer de mama de la UMF 21 en el año 2013, obteniendo que la Hipertensión arterial es la mayor con 43.88%, seguida por el rubro de ninguna enfermedad cronicodegenerativa con 30.22% y por último Diabetes Mellitus 2 con 25.90%

Gráfica Número 6

Frecuencia de localización de cáncer de mama

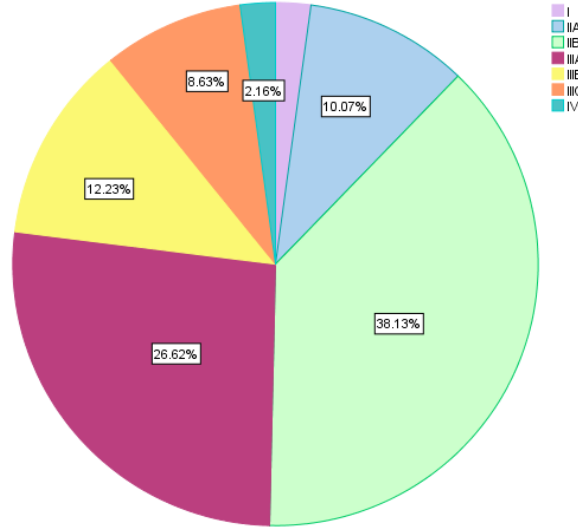


Infomación obtenida de Cuestionario sociodemografico aplicado por el encuestador

En la presente gráfica se muestra la localización del cáncer de mama en las pacientes de la UMF 21, en el año 2013. Obteniéndose en un 54.68% la zona ductal y en un 45.32% la región lobulillar.

Gráfica Número 6.1

Estadio de Cáncer de mama por Frecuencia

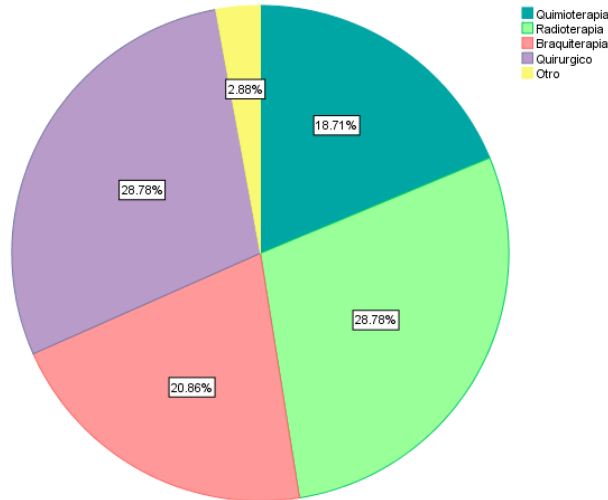


Información obtenida de Encuesta aplicada o Expediente clínico

En esta gráfica se observa el estadio de cáncer de mama más frecuente en las pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama en la UMF 21, en el año 2013, con 38.13% en el estadio IIB, seguido por 26.68% en el estadio IIA y 12.23% en el estadio IIB

Gráfica Número 6.2

Tratamiento recibido por Frecuencia

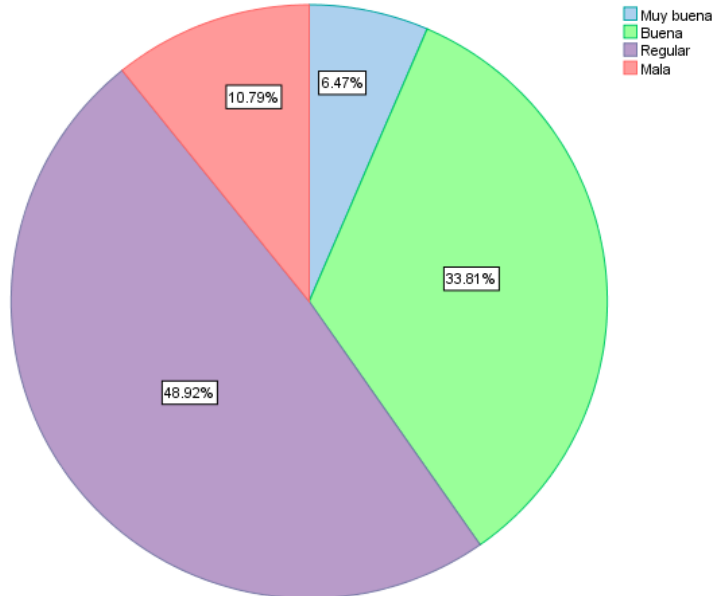


Información obtenida de encuesta aplicada por el Investigador

Se representa el tratamiento recibido en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de la UMF 21, en el año 2013, obteniendo dos rubros con el mismo valor 28.78% el tratamiento quirúrgico y radioterapia, seguido de 20.86% con Braquiterapia. Y la quimioterapia con 18.71%.

Gráfica Número 7

Calidad de vida en Cáncer de mama

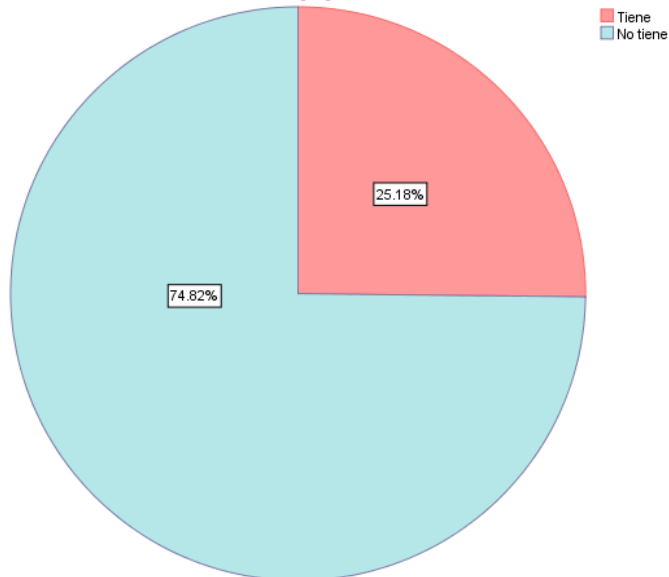


Información obtenida de cuestionario SF-36, aplicado a cada una de las pacientes

Aquí observamos que la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, en el 2013, es regular con un 48.92%, seguida de buena con el 33.81% y mala en un 10.79%.

Tabla Número 8

Apoyo Social Percibido

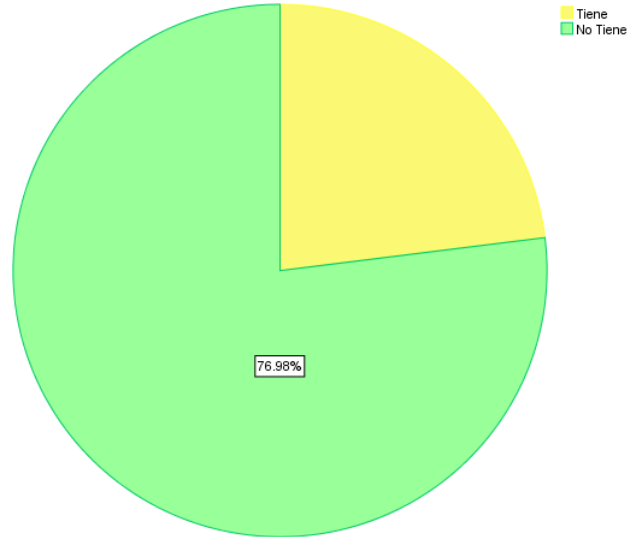


Resultado obtenido de la aplicación del Cuestionario Mos para Calidad de vida

Observamos que el apoyo social percibido en las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, Se encontró que no tienen apoyo en un 74.82% y Si tienen apoyo en un 25.18%

Gráfica Número 8.1

Frecuencia de la Primera Dimensión: Apoyo Emocional

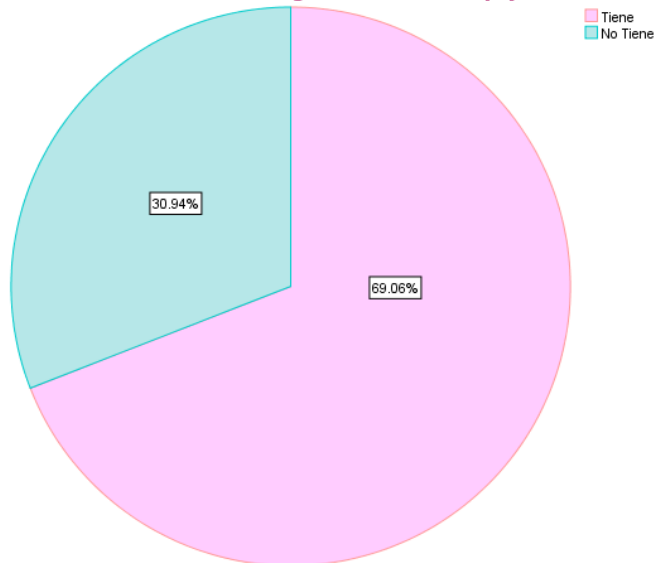


Resultado obtenido de la aplicación del Cuestionario Mos, para Apoyo Social

Observamos que el apoyo emocional percibido en las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, Se encontró que no tienen apoyo emocional en un 76.96% y Si tienen apoyo emocional en un 23.04%

Gráfica Número 8.2

Frecuencia de la Segunda Dimensión: Apoyo Instrumental

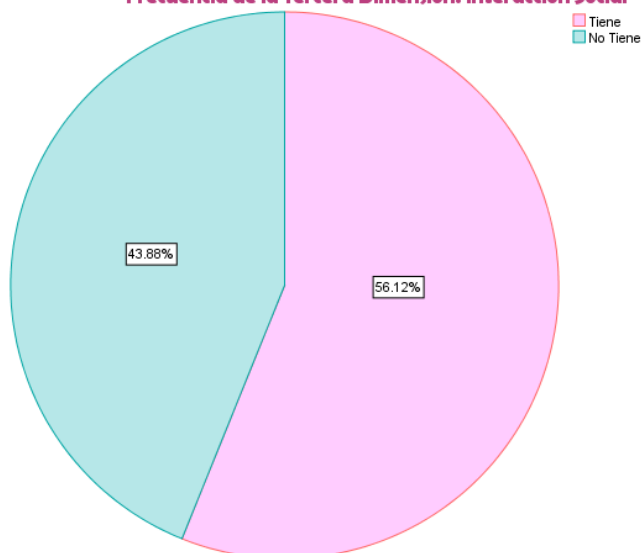


Resultados obtenidos de la Aplicación del Cuestionario Mos de Apoyo Social

En la gráfica observamos la percepción del apoyo Instrumental en las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, Se encontró que si tienen apoyo instrumental en un 69.06% y no tienen apoyo instrumental en un 30.94%

Gráfica Número 8.3

Frecuencia de la Tercera Dimensión: Interacción Social

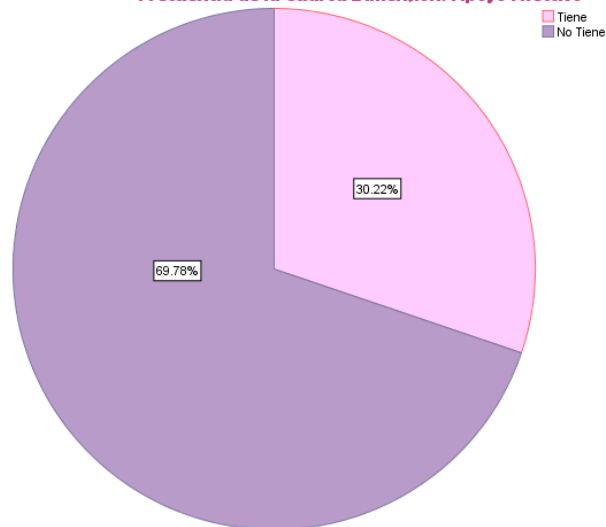


Resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario Mos: para Apoyo Social

Observamos que la Interacción social percibido en las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, Se encontró que si tienen interacción social en un 56.12% y no tienen interacción social en un 43.88%

Gráfica Número 8.4

Frecuencia de la Cuarta Dimensión: Apoyo Afectivo



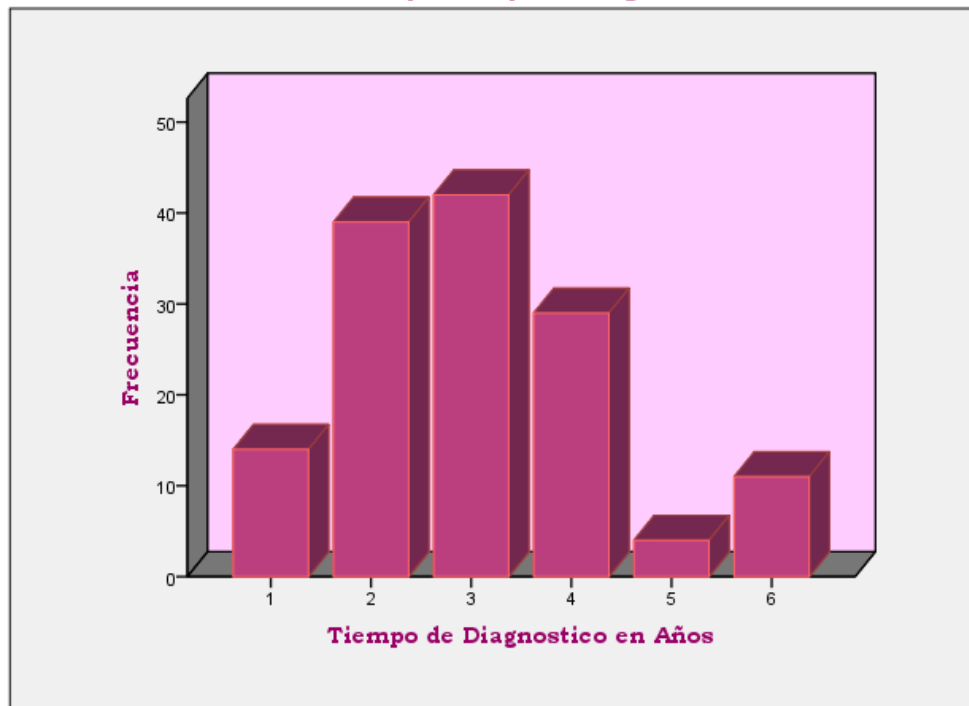
En esta gráfica se muestra la percepción del apoyo afectivo en las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, obteniendo que el 69.78% No tiene apoyo afectivo y el 30.22% si tienen Apoyo afectivo.

Frecuencia por Tiempo de diagnóstico				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	14	10.1	10.1	10.1
2	39	28.1	28.1	38.1
3	42	30.2	30.2	68.3
Válidos 4	29	20.9	20.9	89.2
5	4	2.9	2.9	92.1
6	11	7.9	7.9	100.0
Total	139	100.0	100.0	

a. Información obtenida de la encuesta sociodemografica aplicada por el investigador

Gráfico No. 9

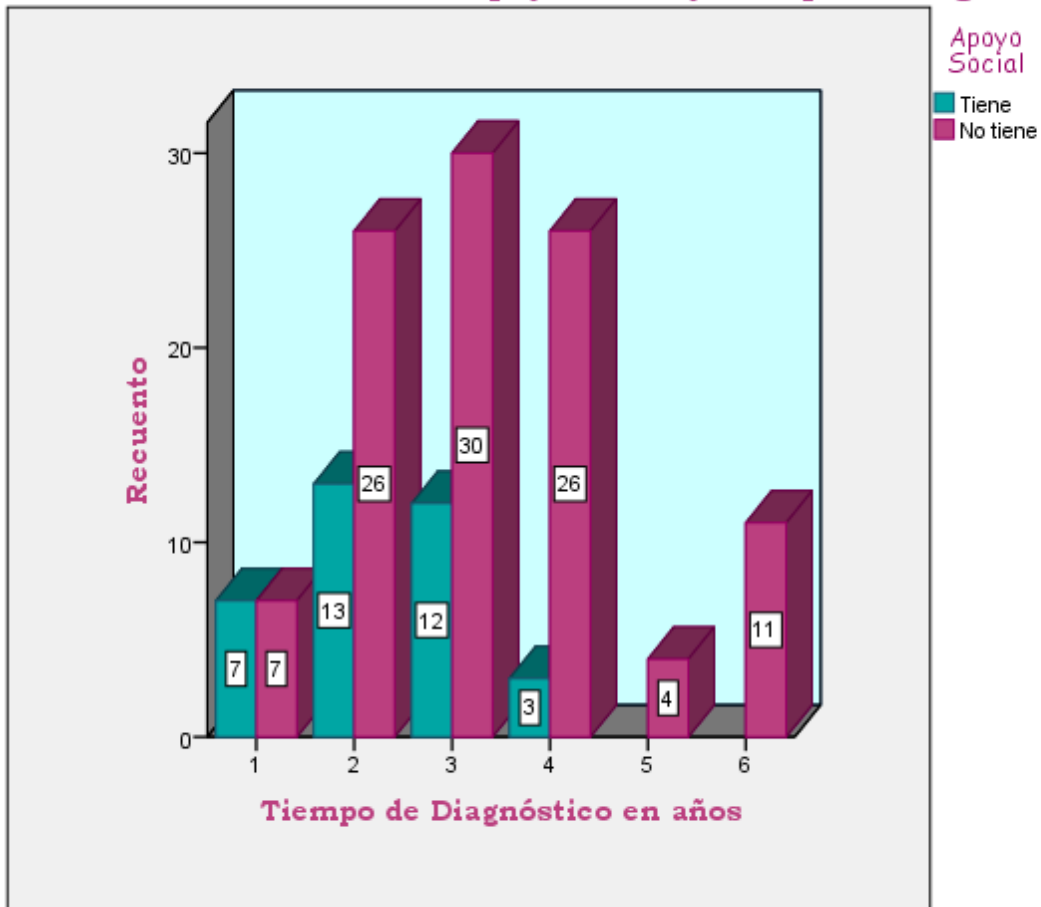
Frecuencia por tiempo de Diagnóstico



Información obtenida de Cuestionario Sociodemográfico realizado por el Investigador

En la siguiente tabla observamos el tiempo de diagnóstico de las mujeres portadoras de cáncer de mama de la UMF 21, en el año 2013, obteniéndose 30.2% con 3 años, seguido de 28.1% con 2 años y 20.9% con 4 años.

Grafico Numero10: Apoyo Social y Tiempo de Diagnóstico



Información Obtenida del Resultado de Cuestionario Mos y Sociodemográfico

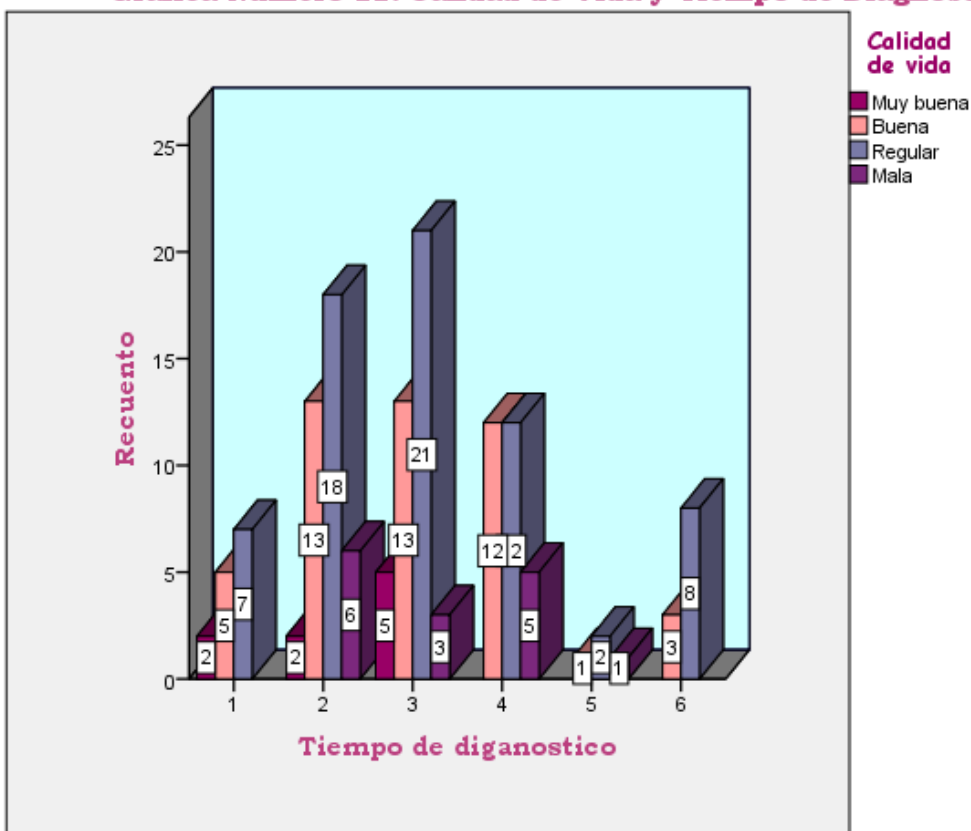
Aquí observamos que el apoyo social percibido por las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, del año 2013, en relación con el tiempo de diagnóstico, encontramos que a partir del segundo año de diagnóstico en adelante no perciben apoyo social, visualizándose además que solo en los primeros 3 años un menor número de pacientes perciben apoyo social, y a partir del cuarto año casi el total de las pacientes no perciben ningún apoyo.

Tabla de contingencia No. 3: Tiempo de diagnóstico y Calidad de vida

Recuento

		Calidad de vida				Total
		muy buena	buena	regular	mala	
Tiempo de diagnóstico	1	2	5	7	0	14
	2	2	13	18	6	39
	3	5	13	21	3	42
	4	0	12	12	5	29
	5	0	1	2	1	4
	6	0	3	8	0	11
Total		9	47	68	15	139

Grafica Numero 11: Calidad de Vida y Tiempo de Diagnóstico

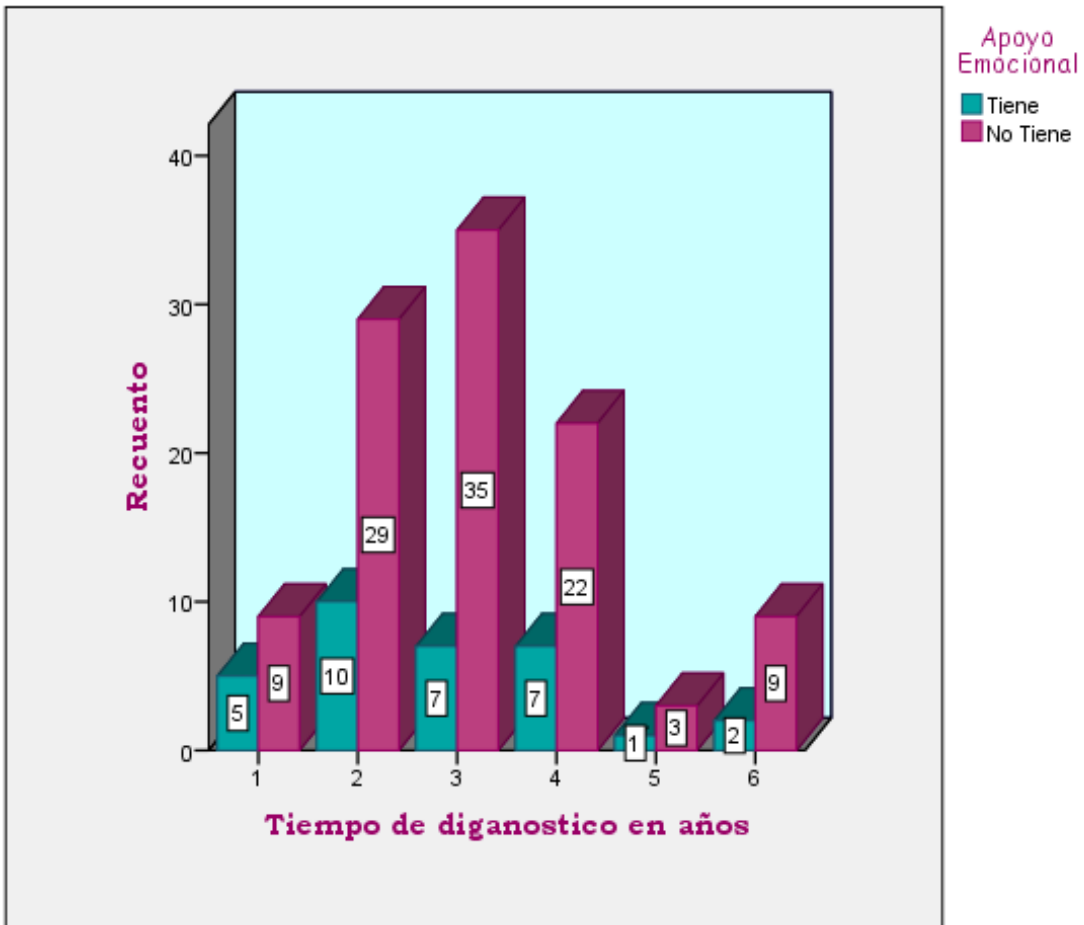


Información Obtenida de Resultados de Cuestionario SF-36 y Sociodemográfico.

En el gráfico anterior se observa que las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de la UMF 21, en el año 2013, con 2 o más años de evolución de la enfermedad se encuentran con una calidad de vida de regular a buena.

Gráfica Número 12

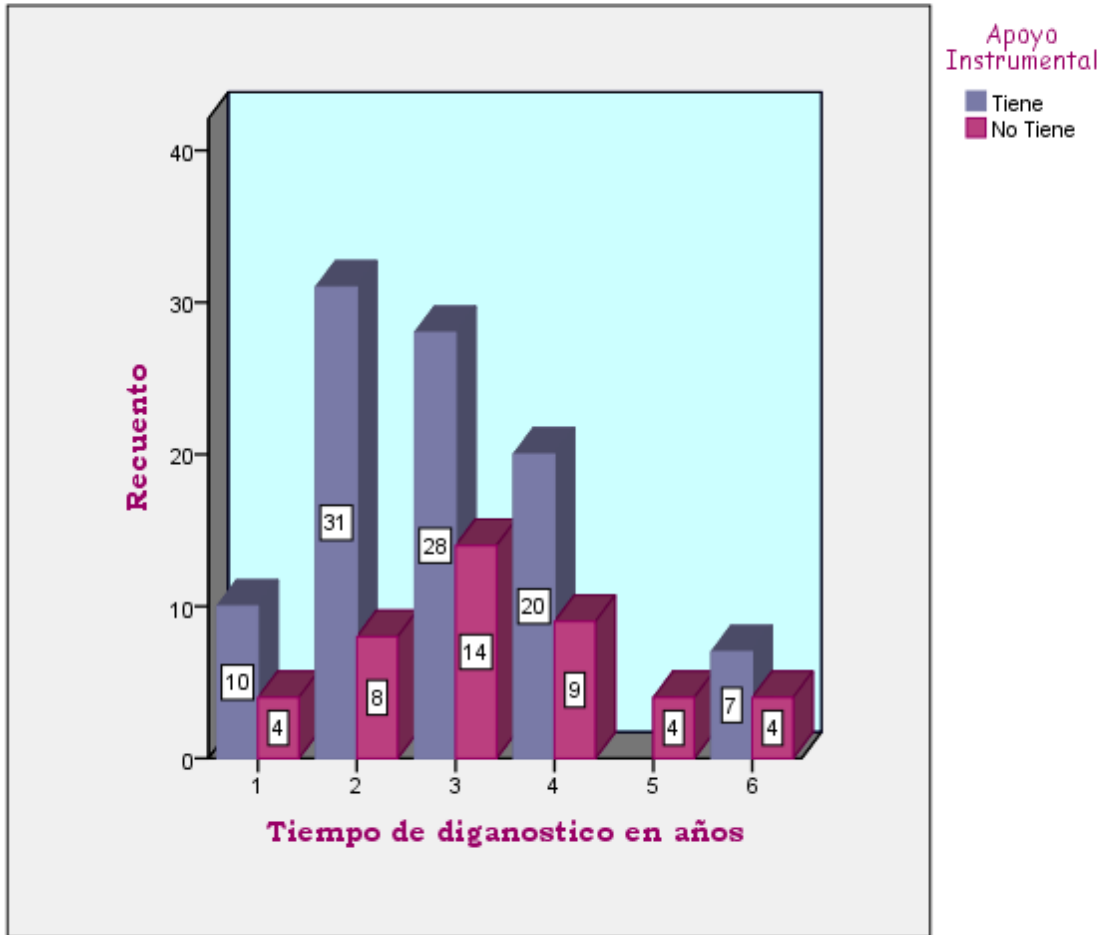
Frecuencia de Apoyo Emocional por años de evolución del Cáncer de Mama



Aquí observamos que el apoyo emocional percibido por las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, del año 2013, en relación con el tiempo de diagnóstico, encontramos que a partir del segundo año de diagnóstico en adelante no perciben apoyo emocional.

Gráfica Número 13

Frecuencia de Apoyo Instrumental De acuerdo a Años de diagnóstico

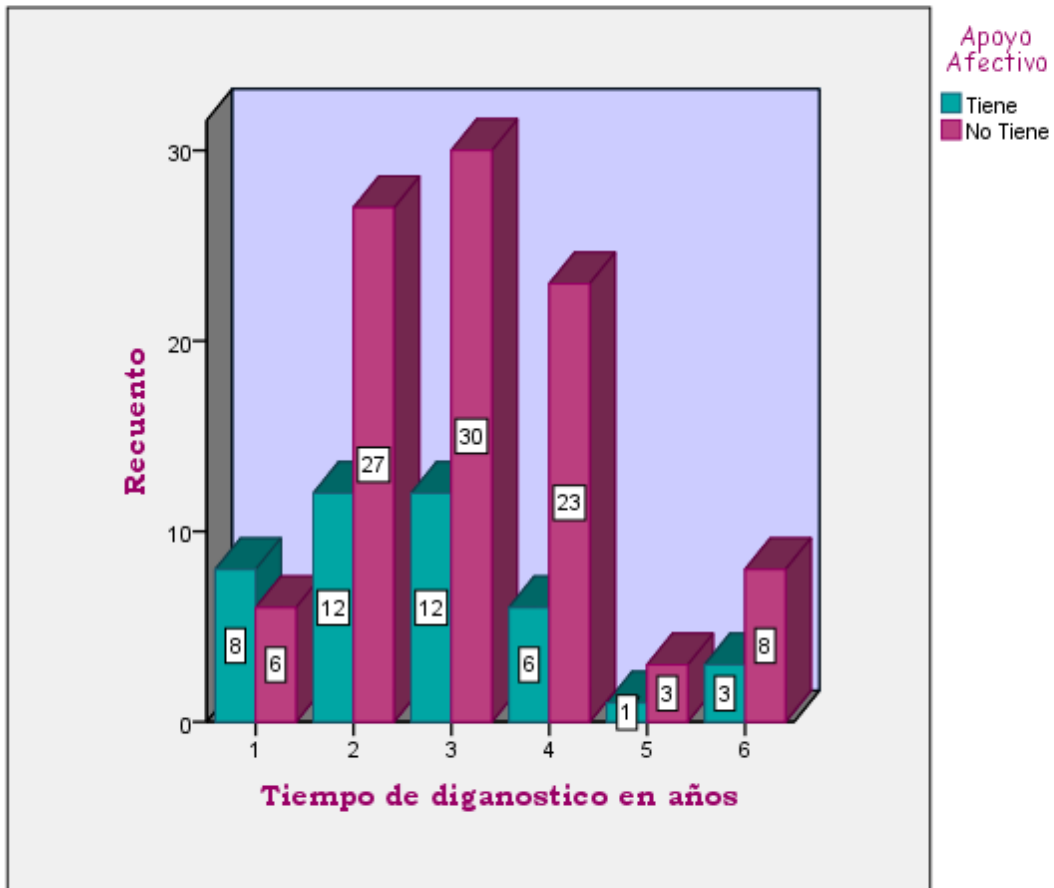


Información obtenida del Cuestionario Mos de Apoyo Social, Aplicado por el Investigador

Aquí observamos que el apoyo instrumental percibido por las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, del año 2013, en relación con el tiempo de diagnóstico, encontramos que a partir del año de diagnóstico en adelante sí perciben apoyo instrumental,

Gráfico Número 14

Frecuencia de Apoyo Afectivo de acuerdo a años de Diagnóstico

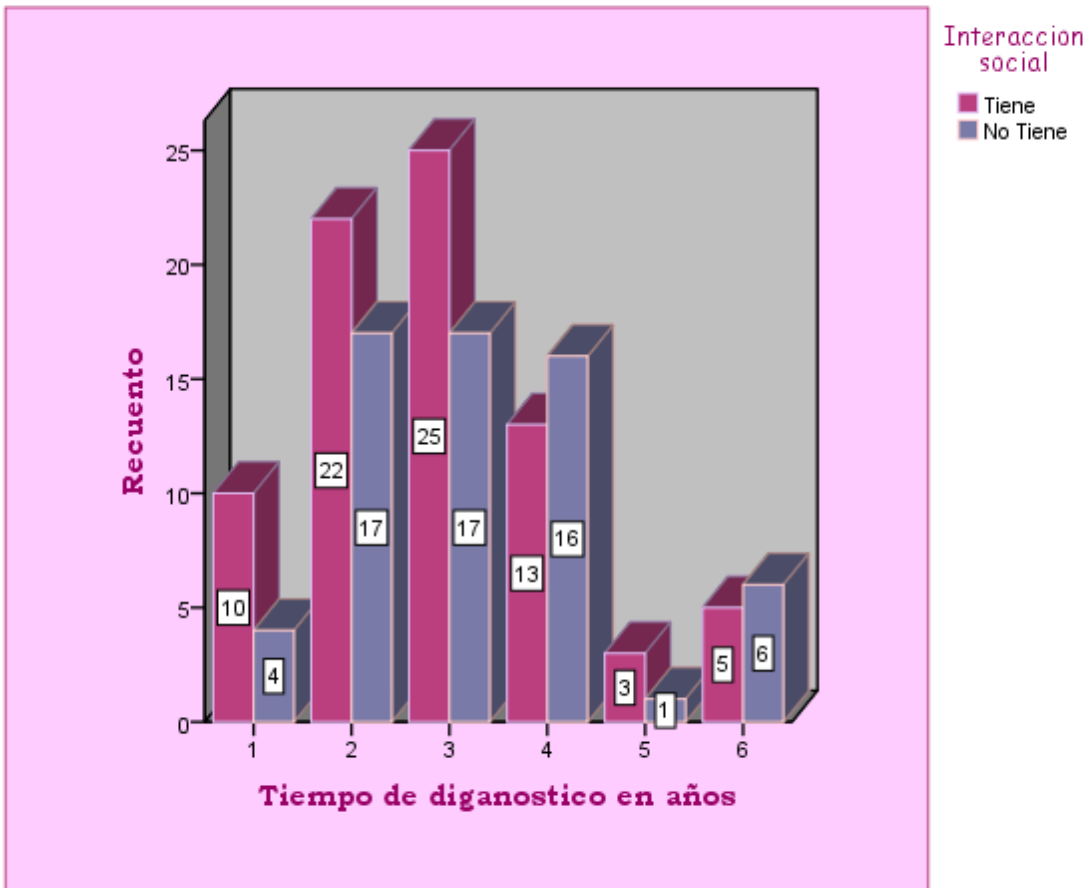


Información obtenida de Cuestionario de Apoyo Social: Mos, Aplicado por Investigador

Aquí observamos que el apoyo afectivo percibido por las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, del año 2013, en relación con el tiempo de diagnóstico, encontramos que a partir del segundo año de diagnóstico en adelante se pierde la percepción del apoyo afectivo.

Gráfico Número 15

Interacción social de acuerdo a tiempo de diagnóstico



Información Obtenida del Cuestionario Mes de Apoyo Social

Aquí observamos que la interacción social percibida por las pacientes con cáncer de mama de la UMF 21, del año 2013, en relación con el tiempo de diagnóstico, encontramos que en los primeros tres años de diagnóstico si tienen interacción social, para perderse a partir del cuarto año.

Calidad de Vida y Apoyo Social con el Tiempo de Evolución del Cáncer de Mama

		Calidad de Vida	Apoyo Social	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Interaccion Social	Apoyo Afectivo	Tiempo de Diagnóstico
Calidad de Vida	Correlación de Pearson	1	.140	.101	.256**	-.116	.039	.102
	Sig. (bilateral)		.100	.236	.002	.175	.648	.233
	N	139	139	139	139	139	139	139
Apoyo Social	Correlación de Pearson	.140	1	.234**	.281**	.212*	.665**	.313**
	Sig. (bilateral)	.100		.006	.001	.012	.000	.000
	N	139	139	139	139	139	139	139
Apoyo Emocional	Correlación de Pearson	.101	.234**	1	-.078	-.205*	.087	.074
	Sig. (bilateral)	.236	.006		.363	.015	.310	.385
	N	139	139	139	139	139	139	139
Apoyo Instrumental	Correlación de Pearson	.256**	.281**	-.078	1	-.153	.068	.143
	Sig. (bilateral)	.002	.001	.363		.073	.429	.092
	N	139	139	139	139	139	139	139
Interaccion Social	Correlación de Pearson	-.116	.212*	-.205*	-.153	1	-.081	.107
	Sig. (bilateral)	.175	.012	.015	.073		.343	.210
	N	139	139	139	139	139	139	139
Apoyo Afectivo	Correlación de Pearson	.039	.665**	.087	.068	-.081	1	.142
	Sig. (bilateral)	.648	.000	.310	.429	.343		.095
	N	139	139	139	139	139	139	139
Tiempo de Diagnóstico	Correlación de Pearson	.102	.313**	.074	.143	.107	.142	1
	Sig. (bilateral)	.233	.000	.385	.092	.210	.095	
	N	139	139	139	139	139	139	139

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Calidad de Vida, Apoyo Social y Tiempo de Diagnóstico de Cáncer de mama

		Calidad de Vida	Apoyo Social	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Interacción Social	Apoyo Afectivo	Tiempo de Diagnóstico	
Rho de Spearman	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	1.000	.144	.131	.258**	-.132	.060	.084
		Sig. (bilateral)	.	.090	.124	.002	.122	.486	.324
		N	139	139	139	139	139	139	139
	Apoyo Social	Coeficiente de correlación	.144	1.000	.234**	.281**	.212*	.665**	.312**
		Sig. (bilateral)	.090	.	.006	.001	.012	.000	.000
		N	139	139	139	139	139	139	139
	Apoyo Emocional	Coeficiente de correlación	.131	.234**	1.000	-.078	-.205*	.087	.078
		Sig. (bilateral)	.124	.006	.	.363	.015	.310	.364
		N	139	139	139	139	139	139	139
	Apoyo Instrumental	Coeficiente de correlación	.258**	.281**	-.078	1.000	-.153	.068	.147
		Sig. (bilateral)	.002	.001	.363	.	.073	.429	.085
		N	139	139	139	139	139	139	139
	Interacción Social	Coeficiente de correlación	-.132	.212*	-.205*	-.153	1.000	-.081	.110
		Sig. (bilateral)	.122	.012	.015	.073	.	.343	.198
		N	139	139	139	139	139	139	139
	Apoyo Afectivo	Coeficiente de correlación	.060	.665**	.087	.068	-.081	1.000	.157
		Sig. (bilateral)	.486	.000	.310	.429	.343	.	.065
		N	139	139	139	139	139	139	139
	Tiempo de Diagnóstico	Coeficiente de correlación	.084	.312**	.078	.147	.110	.157	1.000
		Sig. (bilateral)	.324	.000	.364	.085	.198	.065	.
		N	139	139	139	139	139	139	139

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

ANALISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que la calidad de vida no se ve modificada por el tiempo de diagnóstico de cáncer de mama, sin embargo el apoyo social si se ve afectado con respecto a los años de diagnóstico del cáncer de mama, y la principal dimensión afectada es el apoyo emocional y el apoyo afectivo.

Dentro de los resultados la edad de las pacientes en media de 61 años, mediana de 59 y moda de 56 años; con edad mínimo de 26 años y de 90 años como edad máximo de presentación. Con un porcentaje de 5.8% en rango de edad de 56 años, y de 5.00% en edad de 54 años de edad.

En los referente al estado civil, en la mayoría se encuentra casado con 45.33%, las mujeres con estado civil divorciado representan el 24.46%, viudo en un 30%, en unión libre se encuentra el 5.75%, y el 2.88% están solteras; en cuanto a la ocupación la mayoría está empleada en un 37.41%, como ama de casa el 20.15%, pensionadas el 15.11%, jubiladas el 12.95%, comerciantes el 10.07%; no existiendo hasta el momento algún estudio en la literatura nacional e internacional para comparar nuestros datos obtenidos.

En lo correspondiente al grado de estudios, encontramos el principal grado de escolaridad en las pacientes fue el de preparatoria (36.69%), seguido de la licenciatura (23.74%), secundaria (22.30%), primaria (12.23%), y el 5.04% son analfabetas.

Con respecto al ingreso económico se encuentra que el 65.47% percibe entre 1000 a 5000 pesos mensuales, seguido de un ingreso menor a 1000 pesos en un 25.18% y solo el 9.35% tiene un ingreso mensual mayor a 5000 pesos. Esto no pudo ser comparado con algún estudio realizado y reportado en la literatura.

Con respecto a las enfermedades crónico degenerativas asociadas al cáncer de mama en las mujeres de la UMF Número 21, se encontró que el mayor porcentaje

de mujeres con cáncer de mama (43.88%) presenta Hipertensión arterial sistémica, seguida de mujeres que no tienen enfermedades crónicas en un 30.22% y por último a las mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 e un 25.9%, La localización de cáncer de mama que prevalece en esta población de estudio fue el ductal en un 54.68%, seguido del lobulillar en 45.32%, El estadio de cáncer que predominó fue el estadio IIB con 38.13%, seguido del IIIA en un 26.62% y IIIB en un 12.23% y finalmente los que tuvieron un menor porcentaje son los estadios IIA (10.07%), IIIC (8.63%), I y IV (2.16%). El tratamiento recibido de manera más frecuente en mujeres con cáncer de mama al diagnóstico fue el tratamiento quirúrgico al igual que la Radioterapia en un 28.78%, seguido de la Braquiterapia en un 20.86% y Quimioterapia en un 18.70%.

En el análisis del cuestionario SF-36 de calidad de vida se observa que el mayor número de pacientes con diagnóstico de cáncer presenta una calidad de vida regular en un 68%, buena en un 33.82%, mala en un 10.79% y el menor número con una calidad de vida muy buena en un 6.47%. Además en el análisis estadístico realizado encontramos que la calidad de vida no tiene significancia estadística con años de evolución o apoyo social de acuerdo a Chi cuadrada de Pearson. No así en el análisis realizado con prueba de Spearman donde resulta que si hay significancia estadística entre calidad de vida y apoyo social, de manera más íntima con la variable de apoyo instrumental.

DISCUSION

En un estudio norteamericano del año 2010 sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos se encontró una disminución de la calidad de vida en un 60%, a mayor tiempo de diagnóstico. El cual no tuvo relación con este estudio realizado en México, sobre la medición de la calidad de vida con la encuesta SF-36 en una población con cancer de mama en donde se encontró que la calidad de vida no se ve modificada por el tiempo de diagnóstico de cáncer de mama, sin embargo el apoyo social si se

ve afectado con respecto a los años de diagnóstico del cáncer de mama, y la principal dimensión afectada es el apoyo emocional y el apoyo afectivo.

CONCLUSION Y SUGERENCIAS.

El presente estudio es el primero para tener conocimiento de la calidad de vida y apoyo social que tienen o perciben las mujeres con cáncer de mama de la UMF número 21, en el año 2013, de esta manera instaurar medidas de acción preventivas y que favorezcan la mejora en la percepción de la calidad de vida y el apoyo social.

Además de realizar cursos de actualización para nuestro personal médico y de enfermería en donde se nos instruya en acciones para fomentar la interacción con los pacientes o terapia ocupativa.

Intensificar el trabajo por parte de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, en el conocimiento del cáncer de mama y de la interpretación de las mastografías para una detección oportuna y detectar cáncer en etapas tempranas para ofrecer un tratamiento menos invasivo, y así mejorar la calidad de vida que está presente en esta población

Continuar el desarrollo del proyecto para identificar aquellos factores que afectan la calidad de vida, o la percepción del apoyo social, además identificar los factores de los cuales depende que un gran porcentaje presente una calidad de vida buena con respecto a las otras pacientes que presentan una calidad de vida regular.

Además con respecto a la edad de presentación del cáncer de mama observamos dos picos de presentación por lo que sería una buena opción aumentar el intervalo de edad en que se pueden realizar las mastografías en el Instituto mexicano del seguro social, así no detectarlos en etapas avanzadas y someter a las pacientes a un tratamiento más agresivo o radical.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**“CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN CANCER DE MAMA”
Dra. Leonor Campos Aragón, Dra. Iris I. Reyes García**

	Marco Teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y Definición de Variables	Cálculo de la muestra	Definición de instrumentos de evaluación	Realización cuestionario	Organización de datos	Análisis de resultados	Conclusiones
Marzo 2013	Realizado							
Abril 2013	Realizado	Realizado						
Mayo 2013		Realizado	Realizado					
Junio 2013			Realizado	Realizado				
Julio 2013				Realizado				
Agosto 2013				Realizado				
Septiembre 2013					Realizado			
Octubre 2013					Realizado			
Noviembre 2013					Realizado			
Diciembre 2013						Realizado	Realizado	
Diciembre 2013							Realizado	
Diciembre 2013								Realizado

 Realizado
 En espera

ASPECTOS ETICOS

En esta investigación no se pone en peligro la vida, ya que se realizará encuesta a mujeres de cualquier edad con cáncer de mama, adscritas a la UMF No. 21 del IMSS delegación 4 Sur del Distrito federal, para analizar la percepción de calidad de vida; por lo anterior solo se solicitara el consentimiento informado anexo.

La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores. Respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia.

En el presente estudio de investigación se realizara el consentimiento informado por escrito aunque no se está atendido contra la integridad física o psicológica de los pacientes. Es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. Además la seguridad el bienestar de los pacientes se respetó cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de estados unidos mexicanos (regla común).

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA Y REDES DE APOYO EN MUJERES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF # 21 EN 2013
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México D.F. 2013.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Las pacientes con cáncer de mama experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad. Determinar la percepción de calidad de vida y apoyo social que tienen las mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama, adscritas a la UMF No. 21 del IMSS.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Determinar la percepción de calidad de vida y apoyo social que tienen las mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama, adscritas a la UMF No. 21 del IMSS.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se harán a través del investigador principal directo al paciente
Participación o retiro:	De manera voluntaria del paciente ingresara al estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Según los lineamientos éticos establecidos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Poder ofrecer platicas a los familiares para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal cronica
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dra. Leonor Campos Aragón Correo electrónico Leonor.campos@imss.gob.mx , dra.leonor.campos.aragon@gmail.com
Colaboradores:	
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: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN CANCER DE MAMA”

Hoja 1

INSTRUMENTO.		
Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:		
1. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 21 IMSS Con Diagnóstico de Cáncer de Mama		
2. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.		
No llenar		
1	FOLIO _____	_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	_ _ _ _
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)	
4	NSS: _____	5
5	Teléfono _____	_ _ _ _ _ _ _ _
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()	_
7	Número de Consultorio: (____)	_
8	Edad en años: (____)	_ _ _
9	ESTADO CIVIL 1. Soltero () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre () 6. Otro: especifique _____ -	_
11	ESCOLARIDAD 1.-Analfabeta () 2.-Primaria () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6.- Posgrado ()	_
12	OCUPACIÓN: 1. Obrero 2. Campesino 3. Empleado 4. Comerciante 5. Jubilado 6. Pensionado 7. Ninguno 8. Otra: _____	_
13	INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR MENSUAL: 1. Menos de \$1000 (Bajo) 2. \$1000-\$5000 (Medio) 3. Mas de \$5000 (Alto)	_
14	ENFERMEDAD CRÓNICA 1. Diabetes Mellitus Tipo 2 2. Hipertensión Arterial Sistémica 3. Otras	_ _ _
15	TIPO HISTOLOGICO DE CANCER DE MAMA DIAGNOSTICADO: 1. Ductal 2. Lobulillar	_
16	ESTADIO DE DIAGNOSTICO DEL CANCER DE MAMA: 1. I 2. II A 3. II B 4. III A 5. III B 6. IIIC 7. IV	_
17	TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE CA DE MAMA En años _____	_ _ _
18	TRATAMIENTO RECIBIDO: 1.- Quimioterapia 2.- Radioterapia 3.- Braquiterapia 4.- Qx: _____ 5.- Otro (Especifique): _____	_
GRACIAS POR SU COLABORACION		



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos y familiares:

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda.

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo Necesita?

Marque con una "x" la casilla que corresponda a su respuesta:

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE	PUNTAJE
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.						
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar						
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas						
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite						
6.- Alguien que le muestre amor y afecto						
7.- Alguien con quien pasar un buen rato						
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación						
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.						
10.- Alguien que le abrece						
11.- Alguien con quien pueda relajarse						
12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo						
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee						
14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.						
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.						
16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.						
17.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales						
18.- Alguien con quien divertirse.						
19.- Alguien que comprenda sus problemas						
20.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.						

Este Test, permite investigar 4 dimensiones de Apoyo:

1.- Apoyo Emocional / Informacional:

La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.

Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19

2.- Apoyo Instrumental:

La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.

Preguntas: 2- 5-12-15

3.- La interacción social positiva:

La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.

Preguntas: 7 –11 –14 – 18

4.- Apoyo Afectivo:

Las expresiones de amor y de afecto.

Preguntas: 6 – 10 – 20

VALORES	MAXIMO	MINIMO	MEDIO
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice Global	95	19	57

El **índice global de Apoyo Social** se obtiene sumando los 19 ítems.

El **Apoyo Social es Escaso** cuando el índice es inferior a 57 puntos.

Habrà **Falta de Apoyo Emocional** cuando la puntuación sea menor a 24.

Habrà **Falta de Apoyo Instrumental** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà **Falta de Interacción Social** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà **Falta de Apoyo Afectivo** cuando la puntuación sea menor a 9.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
CUESTIONARIO SF-36 “CALIDAD DE VIDA”**

PREGUNTA	RESPUESTAS	PUNTAJE
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.		
1.- En general usted diría que su salud es:	1 Excelente 2 Muy Buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala	
2.- Como diría que es su salud actual comparada con la de hace un año:	1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año 3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año 5. Mucho peor ahora que hace un año.	
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
4. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos, o caminar más de una hora?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
5. Su salud actual, ¿Le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
6. Su salud actual, ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
7. Su salud actual, ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
8. Su salud actual, ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
9. Su salud actual, ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
10. Su salud actual le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
11. Su salud actual, ¿Le limita para caminar una sola manzana (unos cien metros)?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
12. Su salud actual, le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita poco 3. No, no me limita nada.	
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS		

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí	2. No	
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí	2. No	
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí	2. No	
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho		
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	1. No, Ninguno 4. Sí, Moderado	2. Sí, Muy poco 5. Sí, Mucho	3. Sí, Un poco 6. Sí, Muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho		
LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.			
23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1. Siempre 4. Algunas veces	2. Casi siempre 5. Solo alguna vez	3. Muchas veces 6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1. Siempre 4. Algunas veces	2. Casi siempre 5. Solo alguna vez	3. Muchas veces 6. Nunca	
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1. Siempre 4. Algunas veces	2. Casi siempre 5. Solo alguna vez	3. Muchas veces 6. Nunca	
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1. Siempre 4. Algunas veces	2. Casi siempre 5. Solo alguna vez	3. Muchas veces 6. Nunca	
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1. Siempre 4. Algunas veces	2. Casi siempre 5. Solo alguna vez	3. Muchas veces 6. Nunca	
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1. Siempre 4. Algunas veces	2. Casi siempre 5. Solo alguna vez	3. Muchas veces 6. Nunca	
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1. Siempre 4. Algunas veces	2. Casi siempre 5. Solo alguna vez	3. Muchas veces 6. Nunca	
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1. Siempre 4. Solo alguna vez	2. Casi siempre 5. Nunca	3. Algunas veces	
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1. Siempre 4. Solo alguna vez	2. Casi siempre	3. Algunas veces	
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Solo alguna vez 5. Nunca			
POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.				
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1. Totalmente cierta 4. Bastante falsa	2. Bastante cierta 5. Totalmente Falsa	3. No lo se	
34. Estoy tan sano como cualquiera.	1. Totalmente cierta 4. Bastante falsa	2. Bastante cierta 5. Totalmente Falsa	3. No lo se	
35. Creo que mi salud va a empeorar.	1. Totalmente cierta 4. Bastante falsa	2. Bastante cierta 5. Totalmente Falsa	3. No lo se	
36. Mi salud es excelente.	1. Totalmente cierta 4. Bastante falsa	2. Bastante cierta 5. Totalmente Falsa	3. No lo se	

ASIGNACION DE PUNTAJES:

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Pregunta de:

3 categorías se puntan 0 - 50- 100;

5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100;

6 categorías 0-20-40-60-80-100.Luego,

Los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian Para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Sociedad Americana del Cáncer, Fecha de actualización: 27/Marzo/2013 (<http://www.infocancer.org.mx/cncer-de-mamacon80i0.html#sthash.tMMuOzly.dpuf>)
2. Ley del Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico. Ley Núm. 23 de 12 de marzo de 2010 (<http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2010/lexl2010023.htm>)
3. Estadística de cáncer de mama 2013, el monitor de parral, febrero 2013, <<http://emntp.com/notas.pl?n=41134> >
- 4.- Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 6. Año. 6 No. 3 Julio-Sep 2009
- 5.- Díaz Rubio Et all, Situación del cáncer en España. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 24-62.
- 6.- SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México, Junio 2011, pag 149-154.
- 7.- Arce et al, Cancerología 6 (2011): 77 – 86, Revista del Instituto Nacional de Cancerología México, Onco-guía, Neoplasias ginecológicas y Cáncer de mama. Volumen 6, Número 2, Junio del 2011. P.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSa2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. [Base de datos internet] 2011 [consultado 2012 julio 2]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
9. Josefina Lugo et all. Validez de cuestionario de calidad de vida en cancer de mama, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Rev Cubana Oncol 2(16):100-6, Marzo 2000, pag. 1-2.
- 10.- Antoni Font et all. Anuario de Psicología 1994, no 61, pag **41-50** "Cáncer y calidad de vida* Universidad Autónoma de Barcelona

- 11.- Rodolfo Amaut et all. "Calidad de vida en cáncer de mama" 1er Congreso Virtual Iberoamericano de Informática Medica.
- 12.- Schalaepfer-Pedrazzini L. et al. La medición de Salud: Perspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública de México 1990; 32: 142-54.
- 13.- Ferrel BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer. Part I: Physical and social well-being. Cancer Nurs 1997; 20(6): 398-408.
14. Durán-Arenas y col, Base normativa mexicana del SF-36, Salud pública de México / vol.46, no.4, julio-agosto de 2004, pags. 308
15. Kornblith AB, Rendón JE, Zuckerman E, Viscoli CM, Horowitz RI, Cooper MR, et al. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. Cancer. 2001;91:443-54.
16. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. Am J Epidemiol. 1983;117:521-9.
17. Costa requena g et al. Validación del cuestionario mos-sss de apoyo social en pacientes con cáncer , Med Clin (Barc). 2007;128(18):687-688
18. De la Revilla Ahumada L, et al - validación del cuestionario mos de apoyo social en atención primaria, Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005
19. Compendio de patología mamaria, Primera Edición, 2002, ISBN 970-721-091-5, Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, pags 7-12. (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7205.pdf>)
20. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Evidencia para la política pública en salud, pag 1 de 4, (<http://www.ensanut.insp.mx>)
21. Robles-Castillo J, Ruvalcaba Limón E, Maffuz A, Rodríguez-Cuevas S. Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. Ginecol Obstet Mex 2011;79(8):482-488.
22. Globocan 2008. <http://globocan.iarc.fr/>.

23. Casso D, Buist D, Taplin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004;2:1-9.