



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

**“ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR RELACIONADOS
CON PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN TRATAMIENTO
QUIMIOTERAPEUTICO DEL HGZ 50”**

PRESENTA:
KARLA ISABEL MARTINEZ PEREZ

ASESOR METODOLOGICO Y ESTADISTICO
DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ
COORDINADOR MÉDICO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
47

CO – ASESORES
ASESOR CLINICO
DR. ALBERTO RUIZ MONDRAGÓN
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA URGENCIAS EN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 50

FEBRERO 2020



AUTORIZACIONES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

TÍTULO DE TESIS
**“ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR RELACIONADOS
CON PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN TRATAMIENTO
QUIMIOTERAPEUTICO DEL HGZ 50”**

PRESENTA
KARLA ISABEL MARTINEZ PEREZ

AUTORES:

AUTOR: Dra. Karla Isabel Martínez Pérez
RESIDENTE

Médico Residente Especialidad en Medicina Familiar.
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47

ASESORES

Dr. Gad Gamed Zavala Cruz

Coordinador médico
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.47.

Asesor Metodológico.

Dr. Alberto Ruiz Mondragón

Profesor Titular de la Residencia Urgencias en Hospital General de Zona No.

50

Asesor Clínico.

AGRADECIMIENTOS.

A MIS ASESORES: Les doy las gracias por la paciencia y la ayuda que me brindaron durante esta investigación, además de enriquecer mis conocimientos.

A MIS PADRES: gracias por motivarme a seguir adelante a lograr mis objetivos, a pesar de los momentos difíciles que afrontamos, siempre tenían palabras que daban aliento de continuar.

A MI ESPOSO: Muchas gracias por la paciencia, por los consejos, el apoyo a no dejarme caer en el proceso, siempre con el optimismo de salir adelante.

A DIOS: Gracias por guiarme a llegar a mi meta.

Infinitas gracias a todos los que me apoyan durante este camino.

RESUMEN

Adaptabilidad y cohesión familiar relacionados con pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico del HGZ 50

Autores: Martínez Pérez KI¹, Ruiz Mondragón A², Zavala Cruz GG³.

¹Residente de Medicina Familiar, ² Profesor Titular de la Residencia Urgencias, Especialista en Urgencias Médico-quirúrgicas,³ Coordinador médico, Especialista en Medicina Familiar.

Introducción: El cáncer de mama crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse¹, el diagnóstico de esta patología afecta a la paciente y a su familia, ya que tiene un impacto importante en el modo de vida y quehacer cotidiano, tanto en el subsistema conyugal como en el paterno filial.

Por lo cual es importante conocer la funcionalidad familiar se analizará con escala: FACES III, herramienta desarrollada para evaluar la adaptación y cohesión de las unidades familiares².

Objetivo: Correlacionar adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico del HGZ 50.

Métodos: Observacional, transversal, descriptivo, asociación cruzada. Se identifico el total de pacientes con cáncer de mama, que cumplieran con los criterios de inclusión, se otorgó el consentimiento informado, se utilizó el FACES III, posteriormente se realizó base de datos.

Recursos e infraestructura: Residente en medicina familiar, asesor estadístico, metodológico y clínico, derechohabientes con cáncer de mama, Hospital General de Zona 50.

Resultados: Se encontró una relación entre las pacientes tratadas con quimioterapia según cohesión: no relacionada ($R=0.782$ $p= >0.05$), semirrelacionada ($R=0.382$ $p= <0.05$), relacionada ($R=0.532$ $p= <0.05$) y aglutinada ($R=0.173$ $p= >0.05$). Según adaptabilidad: rígida ($R=0.782$ $p= <0.$

05), estructurada ($R=0.782$ $p= <0.05$), flexible ($R=0.782$ $p= <0.05$), caótica ($R=0.042$ $p= <0.05$)

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo establecer una relación en cohesión familiar y el diagnóstico de cáncer de mama las familias se encontraban relacionadas, en cuanto a adaptabilidad también se encontró una relación esta se encontró con mayor significancia en el tipo flexible por lo cual al establecer la funcionalidad la mayoría de los pacientes se encontró en niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión, lo cual corresponde a un mejor pronóstico familiar.

Palabras clave: Adaptabilidad, cohesión, cáncer de mama.

Contenido	ÍNDICE	Pagina
1.- Introducción		5
2.- Marco Teórico		7
3.- Justificación		23
4.- Planteamiento del problema		24
5.- Objetivos		26
5.1.- Generales		26
5.2.- Específicos		26
6.- Hipótesis		26
7.- Material y métodos		27
7.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio		27
7.2.- Universo de estudio		27
7.3.- Unidad de estudio		27
7.4.- Límite de tiempo		27
7.5.- Muestra		27
7.6.- Criterios de selección		27
7.7.- Variables de estudio		28
7.8.- Procedimientos		29
7.8.- Plan de análisis.		29
7.9.- Consideraciones éticas		29
8.- Recursos, financiamiento y factibilidad		30
9.- Resultados		31
10.- Discusión		39
11.- Conclusión		39
12.- Sugerencias		40
13.- Limitaciones		40
14.- Bibliografía		41
15.- Anexos		45

INDICE DE TABLAS

Contenido	Pagina
Tabla 1	31
Tabla 2	32
Tabla 3	33
Tabla 4	34
Tabla 5	35
Tabla 6	36
Tabla 7	37
Tabla 8	38

1.-INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una neoplasia maligna que se caracteriza por el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse. ¹

Actualmente el cáncer de mama va en aumento debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. A nivel mundial se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y hay 458 000 decesos por esta causa, siendo el tipo de cáncer de mayor incidencia entre las mujeres representando el 16% del total de los casos de cáncer y en los hombres menos del 1%. ²

En México, desde el 2006, ocupa el primer lugar de mortalidad, por tumor maligno en mujeres de 25 años de edad. En el 2010, la tasa estandarizada de mortalidad fue de 18.8 por cada 100 000 mujeres de 25 años y más, representa un incremento del 49.5% en las últimas 2 décadas. En los hombres ocurre a cualquier edad, pero es más común entre 60 a 70 años. ¹

El diagnóstico de cáncer de mama afecta al paciente y a su familia, esta enfermedad tiene un impacto importante en el modo de vida y en el quehacer cotidiano. Cada uno de los miembros de la familia puede tener diferentes reacciones frente a esta nueva situación, pudiendo constituir una preocupación para los pacientes afectados. ³

Los pacientes pueden experimentar diferentes sensaciones, llegando a pensar en el desenlace que puede tener su vida ante tal enfermedad, puede presentar disfunción en el sistema conyugal, en la mayoría de las mujeres la mama es considerada un símbolo de feminidad. ⁴

Por lo cual es importante conocer la funcionalidad familiar y se analizara con la presente escala; Adaptación Familiar y Escalas de Cohesión (FACES), es una herramienta que fue desarrollada para evaluar la adaptación y cohesión de las unidades familiares. La adaptabilidad familiar se define como la habilidad de una familia para ajustarse en cuanto a la estructura de poder, los roles y las relaciones con las distintas situaciones estresantes del exterior. Los cuatro niveles de adaptabilidad familiar son rígidos, estructurados, flexibles y caóticos. La cohesión familiar valora el grado de separación o conexión de miembros de la familia. Existen cuatro niveles de cohesión: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada.⁵

FACES III es un instrumento fácil de aplicar cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores del 1 al 5. Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia, cuyos alcances y limitaciones, tiene un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.⁶

Se ha observado que la familia es parte fundamental en el desarrollo para enfermedades, el conocer los elementos de dinámica familiar presentes en el estudio, ayudará a entender mejor las raíces de los conflictos familiares observados, y en consecuencia enfocar mejor la orientación al problema.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Existen pocos artículos donde se estudia la adaptabilidad y la cohesión familiar en pacientes con cáncer de mama la mayoría de estos realizados en otros países.

Como antecedentes podemos señalar al trabajo realizado por Aubá Guedea en el 2007 en Navarra, España, realizó un “Estudio de la dinámica familiar en la adaptación al cáncer de mama” esta investigación se llevó a cabo durante 6 meses en 138 pacientes con cáncer de mama y en 445 mujeres sanas, la evaluación de las pacientes se efectuó en tres tiempos. En el momento del diagnóstico del cáncer, a los dos meses y a los seis. Observo la evolución según las variables psicológicas, de calidad de vida, de satisfacción conyugal y de funcionamiento familiar deduce que la afectación psicológica de las pacientes es máxima a los dos meses. Es el momento en el que la paciente se encuentra más alterada, con un mayor nivel de ansiedad y sintomatología ansioso-depresiva. Tras el diagnóstico, se comprueba un aumento de la cohesión de la familia, factor que se mantiene elevado durante todo el período sometido a estudio. Al mismo tiempo se produce una disminución de la flexibilidad, de la adaptabilidad de la familia, cuyo carácter se torna cada vez más rígido.⁷

Mamani Cabana y colaboradores en el año 2008 en Lima Perú, quienes hicieron un estudio titulado “Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama”, ellos analizaron 299 pacientes con cáncer de mama, intervenidas en cirugía de conservación versus las intervenidas con cirugía radical. Evaluaron el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés

después de las 72 horas de la intervención quirúrgica y antes de las 120 horas, concluyendo que no existieron asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que fueron intervenidas en cirugía de conservación, pero si existió asociación significativa en un nivel moderado entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que se intervinieron en cirugía radical.⁸

Gabrielli Biffi y Vilela Mamede, en Rev. Latino-Am. Enfermagem, el 2010 en Brasil, en el artículo “Percepción del funcionamiento familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: diferencias de género”, El objetivo de este estudio fue conocer como familiares del género femenino y masculino perciben la dinámica de sus familias, después del cáncer de mama. Es una investigación de abordaje cualitativo que tomó como marco teórico el modelo de funcionamiento familiar saludable, propuesto por Barnhill. Participaron 23 familiares constituyentes de 10 familias. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas y sometidos al análisis de contenido. Los resultados mostraron que, en el proceso de adaptación al cáncer de mama, ambos géneros utilizan la comunicación clara para la búsqueda del equilibrio familiar y presentan interacciones caracterizadas por sentimientos de mutualidad e individuación. A las hijas es atribuida la responsabilidad por la manutención de la familia y los elementos del género masculino demuestran mayor desorganización en el funcionamiento familiar. El vínculo de los familiares de ambos géneros, que experimentan el cáncer de mama, presenta interacciones importantes en el proceso de identidad.⁹

También se encontró que Mamani Cahuaya y colaboradores, el 2013, en Tacna Perú, realizaron un estudio de “Funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos”, El presente trabajo de investigación planteó, como objetivo; determinar el funcionamiento familiar relacionado con la

calidad de vida en pacientes oncológicos, el estudio fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, con una muestra de 60 pacientes oncológicos, la técnica aplicada fue una encuesta estructurada, utilizando los instrumentos de FFSIL, que mide el funcionamiento familiar, y la escala de EORTC QLQ-C30, que evalúa la calidad de vida del paciente oncológico. Como resultado se obtuvo, a través del estadístico chi cuadrado, que existe una relación altamente significativa entre las variables, donde el 50,0% de los pacientes oncológicos presentan familias moderadamente funcionales, el 38,3% familias funcionales y el 11,7% familias disfuncionales. A su vez, el 65,0% tienen una calidad de vida buena, el 28,3% calidad de vida regular y el 6,7% una calidad de vida mala. Concluyendo, que a mayor funcionamiento familiar será mayor la calidad de vida del paciente oncológico.¹⁰

Cantorán Ramírez y colaboradores, el 2017, en Toluca, Estado de México, investigaron sobre la “Funcionalidad familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama”, el objetivo era Identificar la funcionalidad familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama. El estudio se conformó por un grupo de 114 pacientes con cáncer de mama, se utilizó la escala de Zarit para cuidadores primarios basada en la sobrecarga que presentan. Y la escala de FFSIL de evaluación de Funcionalidad Familiar para pacientes con cáncer de mama. Donde concluyeron que el 58% no presentan sobrecarga, mientras que el 41% presentaron Sobrecarga Leve, de los cuales 29% corresponden a Familias Moderadamente Funcionales, seguido del 7% de Familias Funcionales y solo el 5% fueron de Familias Severamente Disfuncionales¹¹.

Acosta Zapata y colaboradores, en Horizonte sanitario / vol. 16, el 2017 Villahermosa, Tabasco, en el artículo “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama” en el cual participaron 63 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2 a 24 meses de evolución.

Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas mediante una entrevista; las estrategias de afrontamiento con el instrumento “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” y funcionalidad familiar con el cuestionario de Percepción de Función Familiar FFSIL. No se encontró relación de las estrategias de afrontamiento con el estadio de la enfermedad, el tratamiento, ni con la presencia de comorbilidades. La mayoría de las pacientes del estudio perciben tener una familia funcional, sin embargo, la dimensión de la comunicación presenta valores bajos, por lo que el médico familiar debe promover una comunicación clara y directa, que le permita a la paciente tener una mejor comprensión de su patología a nivel familiar. La adecuada funcionalidad familiar demostró ser un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo en las mujeres con cáncer de mama, por tal motivo la evaluación y fortalecimiento al interior del núcleo familiar permite afrontar de manera efectiva su enfermedad.¹²

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Es la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación.¹³

2.2.2 COHESION FAMILIAR

Se define según los autores como el resultado del vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. Los indicadores de la cohesión son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.¹³

2.2.3 FACES III

A fines de los setenta se iniciaron en la Universidad de Minnesota estudios que intentaban identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podían expresarse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.⁶

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

La actual es una escala que se desarrolló en tres etapas que se describirán a continuación.⁶

La escala FACES I constaba de 111 ítems. Se desarrolló en base a los trabajos de doctorado de Portner y Bell. En estos primeros estudios, los coeficientes alpha de Cronbach de confiabilidad fueron para la subescala de cohesión de 0,83 y para la de adaptabilidad de 0,65.⁶

La escala FACES II se diseñó a partir de las FACES I, con la finalidad de obtener un instrumento más breve, frases sencillas, de manera que pudieran ser comprendidas por los niños y personas con dificultades de comprensión. Conservaron las mismas categorías en cada dimensión. Con la ayuda de los datos obtenidos, después de considerar los resultados del análisis factorial y el coeficiente alpha de Cronbach, se redujo la escala a sólo 50 ítems, la cual obtuvo una confiabilidad de 0,91 para la subescala de cohesión y de 0,80 para la adaptabilidad.⁶

Fall (1981), estudió la confiabilidad a través de la prueba test-retest con un intervalo de 4 a 5 semanas, empleando la versión de 50 ítems, obteniendo una

correlación de 0,84. Considerando independientemente cada una de las dimensiones, se obtuvo una correlación de 0,83 para la sub escala cohesión y 0,80 para adaptabilidad.⁶

Olson, Russell & Sprenkle, tras el análisis factorial la redujeron a 30 ítems, 16 relativos a cohesión y 14 a adaptabilidad, dando origen a la versión final de la FACES II. Se estimó la confiabilidad a través del procedimiento de cálculo de la consistencia interna en una muestra de 2.412 personas que fue dividida en dos subgrupos iguales. La correlación para la dimensión cohesión en la muestra total fue de 0,87 y para adaptabilidad de 0,78; obteniendo la escala total un índice de 0,90. La confiabilidad en la prueba test-retest dio un coeficiente de correlación de 0,84.⁶

Para mejorar la confiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló una tercera versión de la escala (FACES III), una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad. Esta escala se desarrolló con el propósito de conseguir que la correlación entre cohesión y adaptabilidad fuera, en lo posible, lo más cercana a cero; objetivo que lograron disminuyendo la correlación entre ambas dimensiones desde $r = 0,65$ de la FACES II a $r = 0,03$ en la FACES III, lo que demostraba la independencia de las dimensiones. Confirmaron por otro lado, una estructura factorial de dos factores, lo que afirmaba su validez de constructo. También se obtuvo una alta correlación entre las puntuaciones de los ítems de cada subescala y los de la escala global. La correlación encontrada fue superior a $r = 0,51$, para la cohesión, y a $r = 0,42$ para la adaptabilidad.⁶

Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años. Se pide al

entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia.¹³

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.⁶

No relacionada o dispersa: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia.¹⁴

Semirrelacionada o separada: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.¹⁴

Relacionada o conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se

focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.¹⁴

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parentofiliales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.¹⁴

Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja rigidez que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.¹⁴

La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.¹⁴

La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.¹⁴

La estructurada el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables, pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.¹⁴

La rígida hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.¹⁴

Las cuatro centrales semirrelacionada flexible, relacionada flexible, semirrelacionada estructurada y relacionada estructurada corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión. Las cuatro extremas adaptabilidad y/o cohesión excesivamente alta o bajas¹⁴.

COHESIÓN		BAJO → MODERADO → ALTO			
		NO RELACIONADA	SEMI-RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
ADAPTABILIDAD	CAOTICA	EXTREMO	RANGO MEDIO	RANGO MEDIO	EXTREMO
	FLEXIBLE	RANGO MEDIO	BALANCEADA	BALANCEADA	RANGO MEDIO
	ESTRUCTURADA	RANGO MEDIO	BALANCEADA	BALANCEADA	RANGO MEDIO
	RIGIDA	EXTREMO	RANGO MEDIO	RANGO MEDIO	EXTREMO

2.2.4 CANCER DE MAMA

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados; los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.¹⁶

Es el cáncer más frecuente con 152,059 casos diagnosticados anualmente, una cuarta parte (24.9%) de los casos de cáncer en mujeres. El cáncer de mama desplaza al cáncer cérvico uterino para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres.¹⁵

Es en 2016 donde se ubica la tasa más alta para ellas, con 16 defunciones por cada 100 000 mujeres de 20 años y más. Las tasas de mortalidad por esta enfermedad entre los varones son muy bajas; sin embargo, estos datos evidencian la presencia de este padecimiento también en ellos. Es importante destacar que, a nivel mundial, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y representa 16% de los tumores malignos diagnosticados. Otro dato relevante es que 69% del total de muertes por esta enfermedad se presentan en países en desarrollo donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas, dificultando su tratamiento exitoso.¹⁵

En San Luis Potosí en el Hospital General de Zona 50 en el año 2017 se hospitalizaron 59 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de los cuales 3 fueron de género masculino y 56 femenino. En el servicio de quimioterapia se tiene registrado a 134 pacientes que se encuentran en tratamiento quimioterapéutico.

La Organización Mundial de la Salud clasifica los tipos de carcinoma o neoplasia maligna epitelial en: carcinoma ductal in situ, carcinoma lobulillar in situ, carcinoma ductal Infiltrante y carcinoma lobulillar infiltrante, entre otros menos frecuentes.¹⁶

Signos y Síntomas del cáncer de mama

El cáncer de mama es asintomático generalmente por lo que se debe realizar un autoexamen o autoexploración, de manera periódica a partir de los 18 años de edad, eligiendo un día específico para realizar la valoración, siendo factible la fecha de exploración siete días después de terminada la menstruación. En otras ocasiones las pacientes manifiestan: retracción de la piel o del pezón, asimetría de glándulas mamarias, exudado a través del pezón, erosión del pezón, enrojecimiento e induración generalizada de la glándula mamaria. Cuando se observan cualquiera de estos signos, es necesario realizar estudios como la mamografía, ecografía, resonancia magnética y marcadores tumorales como auxiliares en el diagnóstico.¹⁷

Factores de riesgo

Los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo por dos o tres, mutaciones, sobre todo en los genes BRCA1, BRCA2 y p53. Exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad madura en el primer parto, figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama.¹⁸

Diagnóstico precoz.

El diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección precoz, en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados.¹⁸

Mamografía de cribado.

La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos.¹⁸

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células. Debido a que las células cancerosas en general crecen y se dividen más rápido que las células sanas, la quimioterapia las destruye más rápido que a la mayoría de las células sanas.¹⁹

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE: La quimioterapia adyuvante se utiliza para tratar de eliminar las células cancerosas que puedan haber quedado o que se hayan propagado, pero que no pueden verse, ni siquiera en estudios por imágenes. Si a estas células se les permitiera crecer, podrían establecer nuevos tumores en otras partes del cuerpo. La quimioterapia adyuvante puede reducir el riesgo de que regrese el cáncer de seno.²⁰

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE: La quimioterapia neoadyuvante se puede emplear para reducir el tamaño del tumor de modo que se pueda extirpar mediante una cirugía menos extensa. Por este motivo, la quimioterapia neoadyuvante se emplea a menudo para tratar los cánceres que son demasiado grandes como para ser extraídos mediante cirugía al momento del diagnóstico (cánceres localmente avanzados). Si no se reduce el tamaño del tumor con el primer grupo de medicamentos, se evaluará si necesario administrar otros medicamentos. También debe eliminar cualquier célula cancerosa que se haya propagado, pero que no se pueda ver. Al igual que con la quimioterapia adyuvante, la quimioterapia neoadyuvante puede reducir el riesgo de que regrese el cáncer de seno.²⁰

PARA CÁNCER DE SENO AVANZADO: La quimioterapia se puede usar como tratamiento principal para las mujeres cuyo cáncer se había propagado fuera del seno y del área axilar cuando se hizo el diagnóstico o después de los tratamientos iniciales. La duración del tratamiento depende de cuán eficaz sea la eficacia de la quimioterapia y la tolerancia del paciente.²⁰

Los medicamentos más comunes usados para la quimioterapia adyuvante y neoadyuvante incluyen:

- Antraciclinas, como la doxorrubicina y la epirubicina.
- Taxanos, como el paclitaxel y el docetaxel.
- 5-fluorouracilo.
- Ciclofosfamida
- Carboplatino

Con más frecuencia, se usan combinaciones de dos o tres de estos medicamentos.²⁰

La quimioterapia basada en antraciclinas disminuye 33% las recaídas y 27% la mortalidad en mujeres menores de 50 años. A 15 años de seguimiento, la mortalidad en números absolutos disminuyó 7% (78% vs 71%) en pacientes con ganglios negativos y 11% (53 vs 42%) en pacientes con ganglios positivos. En mujeres de 50 a 69 años de edad el beneficio fue de 2% (69 vs 67%) en ganglios negativos y 3% (49 vs 46%) en ganglios positivos (20). El beneficio de la quimioterapia es independiente del estado ganglionar, menopáusico, expresión de los receptores hormonales u otras terapias adyuvantes.²¹

Se ha demostrado que la adición de taxanos a la quimioterapia adyuvante, ya sea de forma secuencial o concomitante a los antraciclenos mejora la supervivencia libre de enfermedad (SVLE), sin embargo, no todos los estudios han demostrado beneficio en supervivencia global (SVG). Un metaanálisis del empleo de taxanos adyuvantes en cáncer de mama, concluye un beneficio a cinco años en periodo libre de enfermedad de 5% y de la supervivencia global de 3%.²¹

QUIMIOTERAPIA PARA EL CÁNCER DE SENO AVANZADO: Algunos medicamentos de quimioterapia que se emplean en el tratamiento de mujeres con cáncer de seno que se ha propagado son:

- Taxanos como el paclitaxel, docetaxel y paclitaxel ligado a albúmina

- Antraciclinas (doxorrubicina, doxorrubicina liposomal pegilada y epirrubicina)
- Agentes que contienen platino (cisplatino, carboplatino)
- Vinorelbina
- Capecitabina
- Gemcitabina
- Ixabepilona, Paclitaxel ligado a albúmina (nab-paclitaxel o Abraxane)
- Eribulina

Aunque las combinaciones de medicamentos a menudo se emplean para tratar el cáncer de seno en etapa temprana, este cáncer en etapa avanzada se trata más a menudo con medicamentos individuales. Aun así, algunas combinaciones, tal como paclitaxel y carboplatino son comúnmente usadas para tratar el cáncer de seno avanzado.²⁰

ESQUEMAS

Antraciclinas: Adriánimicina / Ciclofosfamida 4 ciclos Epirrubicina y Ciclofosfamida 4 ciclos cada 21 días (convencional) o 14 días (dosis densas), Fluouracilo, Adriánimicina, Ciclofosfamida 6 ciclos o Fluouracilo, Epirrubicina, Ciclofosfamida 6 ciclos.²²

Taxanos: Paclitaxel (+/- Carboplatino) – semanal preferido 12 ciclos, Docetaxel (+/- Carboplatino o Ciclofosfamida) – cada 21 días, preferido 4 ciclos.²²

Trastuzumab: Trastuzumab cada 3 semanas por 1 año (18 infusiones). Inicio junto con Taxano.²²

Consideraciones PoliQT con antraciclinas: Altamente emetizante (Fosaprepitant). PoliQT con antraciclinas: Riesgo de neutropenia febril (Pegfilgastrim). Considerar dosis densas en triple negativos (cada 14 días vs 21 días).²²

Efectos secundarios

Anemia, alopecia, cambios en el apetito, cambios en el sistema nervioso, cambios en la boca y garganta, cambios en la piel y las uñas, cambios sexuales, cambios urinarios, en los riñones y en la vejiga, diarrea, dolor, estreñimiento,

fatiga, infección, infertilidad, náuseas y vómitos, retención de líquidos y sangrado.²⁰

La quimioterapia puede causar efectos secundarios que dependen del tipo y de la dosis de los medicamentos suministrados, así como la duración del tratamiento. Por lo general, estos efectos secundarios desaparecen al terminar el tratamiento.²⁰

COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA ANTE UN ENFERMO CON CÁNCER

La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente, sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar los objetivos marcados en atención al enfermo. Debemos considerar a los integrantes de la familia también como objeto de nuestra atención, ya que se van a desarrollar en sus miembros una serie de alteraciones que afectan a múltiples esferas y que podemos considerar síntomas al igual que los que presenta el enfermo.²³ La enfermedad supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia. Suele ser frecuente que ésta se cierre en cuanto a su distribución de roles: la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando el miembro enfermo y en esta exigencia de responsabilidades suele presentarse de forma brusca el enfermo deja de tener responsabilidad en relaciones con personas y entidades, laborales económicas estando favorecida por la sobreprotección al enfermo, al que la enfermedad terminal no ha privado absolutamente de capacidades de decisión y control. El cuidador primario familiar se asigna y desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros lo que motiva aparición, problemas de pareja y disfunción familiar²⁴.

El enfermo también cambia de actitud con respecto a la familia y dependiendo del grado de comunicación la relación será más o menos disfuncional: disimulo y aislamiento, exigencia y cólera, abatimiento.²⁵

La presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que, al igual que el enfermo,

se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida. Estas respuestas no constituyen en sí un síntoma familiar, sino que pueden ser necesarias para la aceptación de la enfermedad y la muerte. La presencia cercana de la muerte también puede ser constructiva y ayudar al crecimiento de la familia: la pérdida de un miembro de la familia es un recordatorio de la naturaleza frágil de la vida, lo que puede ocasionar una reapreciación de valores, como una consecuencia positiva de la presencia de la enfermedad terminal para los miembros de la familia.²⁵

3. Justificación:

En México el cáncer de mama ocupa el primer lugar de mortalidad por tumor maligno en las mujeres, 3 de cada 10 mujeres con diagnóstico de cáncer, padecen cáncer de mama considerándose un problema de salud pública.

La familia es el principal pilar de la sociedad su integración, capacidad de estar unida (cohesión) y adaptación a cambios dentro del núcleo familiar (adaptabilidad) son una pauta para el crecimiento y desarrollo de la comunidad.

En la unidad de medicina familiar se otorga atención médica a los derechohabientes de forma integral al paciente y a cada integrante de la familia. Se observa el padecimiento biológico, clínico, social y de comportamiento, por lo tanto, este estudio surge ante la necesidad de conocer la adaptabilidad y cohesión familiar y como se relaciona en el caso de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico.

La presente investigación aportara un panorama sobre la adaptabilidad y cohesión familiar en nuestra población con lo que se busca ayudar a la UMF para brindar una mejor atención a la paciente con diagnóstico de cáncer de mama, debido a que es difícil de manejar a las pacientes que se encuentran en esta etapa comprendiéndose mejor la relación y el apoyo de la familia hacia las pacientes con cáncer de mama, pudiéndose detectar áreas de oportunidad en las familias que enfrentan el cáncer (de mama) para lograr una mejor aceptación del problema y consecuentemente a un cumplimiento del tratamiento, reduciendo la morbi mortalidad por este cáncer, incrementar la calidad de vida tanto de la paciente como de la familia, a largo plazo disminuir mayor necesidad de atención por complicaciones del cáncer de mama secundarios a un tratamiento incompleto. Disminuir las hospitalizaciones de pacientes con cáncer de mama y complicaciones en un segundo nivel de atención, con lo que se disminuye también la exposición a riesgos propios de hospitalización en pacientes con compromiso inmune (ya sea por el mismo cáncer o por la quimioterapia)

El cáncer de mama es una patología que se trata en segundo y tercer nivel de atención, es por esto que se propone el presente estudio realizar en el HGZ 50, que cuenta con el servicio de oncología médica.

4.- Planteamiento del problema:

El cáncer de mama ha ido en constante aumento a través de los años, los casos que se detectan en ocasiones son en etapas terminales lo que constituye una grave amenaza para la salud de los pacientes y el bienestar de sus familias; así como para los sistemas de salud y la sociedad.

Estadísticamente en México, del total de pacientes con cáncer se encuentra que 2 de cada 10 son cáncer de mama y el 99% de los casos cáncer mama lo padecen las mujeres, 3 de cada 10 mujeres con cáncer, tiene cáncer de mama. La incidencia de tumor maligno de mama entre la población de 20 años y más es de 14.80 casos nuevos por cada 100 mil habitantes.²⁶

De acuerdo al informe de la semana epidemiológica 40 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud Federal, San Luis Potosí reporta 77 casos de cáncer de mama. La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado informó que durante el 2017 se realizaron 43 mil estudios para detectar este cáncer de los cuales 47 resultaron positivos.²⁷

Para realizar el presente estudio, se requiere un hospital de segundo nivel, siendo el HGZ 50 del IMSS en San Luis Potosí el único en el Estado dentro del Instituto que tiene el servicio de oncología médica. En el 2017, se atendieron en la consulta de oncología a 134 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Los pacientes experimentan diversos cambios en su entorno lo que puede provocar una disfunción familiar, en las unidades de medicina familiar también es

importante el comportamiento que se observa en estos pacientes, debido a que una alteración del sistema familiar, repercute ante el estado anímico de los pacientes y por consiguiente mal apego en el tratamiento y necesidad de envío a servicios especializados (psiquiatría o psicología), o requerimiento de hospitalizaciones por complicaciones derivadas de la falta de tratamiento.

Los efectos adversos durante la quimioterapia son múltiples y en ocasiones muy molestos, dependiendo de la susceptibilidad de cada paciente, el número de tratamiento, y la variedad del mismo, lo cual puede limitar el obtener datos adecuados durante la entrevista, por lo que (manteniendo en todo momento la confidencialidad) se recabarán número telefónicos para realizar la entrevista cuando la paciente se sienta en mejores condiciones para contestar.

A partir de esta problemática se ha observado que, en el estado de San Luis Potosí, no se han realizado estudios en donde se evalué la adaptabilidad y cohesión familiar, por esto y lo expresado anteriormente es que se formula la siguiente

Pregunta de investigación:

¿Existe relación en adaptabilidad y cohesión familiar con pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico del HGZ 50?

5.- Objetivos:

5.1.- Objetivo general:

“Correlacionar adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico del HGZ 50.”

5.2.- Objetivos específicos:

- Identificar los grados de adaptabilidad familiar según FACES III en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico del HGZ 50.
- Determinar los grados de cohesión familiar según FACES III en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico del HGZ 50.
- Clasificar la funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama.
- Especificar las características sociodemográficas de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico del HGZ 50.
- Estimar el tiempo promedio de quimioterapia en los pacientes con cáncer de mama al momento del estudio.
- Establecer el medicamento más utilizado para quimioterapias en cáncer de mama.
- Conocer el estadio en el que se encuentran las pacientes en el momento del estudio.

6.- Hipótesis de investigación:

Existe una relación entre la adaptabilidad y cohesión familiar y los pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico de la HGZ 50.

6.2.- Hipótesis nula o alternativa:

No existe relación entre la adaptabilidad y cohesión familiar y los pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico de la HGZ 50.

7.- Material y métodos:

7.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio:

- Observacional, descriptivo, transversal, asociación cruzada.

7.2.- Universo de estudio:

Derechohabientes con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia del Hospital general de zona 50 del IMSS en San Luis Potosí

7.3.- Unidad de investigación:

- Derechohabiente con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia del HGZ 50

7.4.- Límite de tiempo:

- Un año

7.5.- Muestra: No probabilística por conveniencia, siendo una muestra natural, incluyendo a la población total de pacientes con cáncer de mama y en tratamiento con quimioterapia del HGZ 50.

7.6.- Criterios de selección:

7.6.1.- Criterios de inclusión:

- Pacientes con cáncer de mama, adscritos al HGZ 50 que estén en tratamiento quimioterapéutico y que acepten participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado
- Pacientes con cáncer de mama de cualquier edad que se encuentre en quimioterapia

7.6.2.- Criterios de exclusión:

- Pacientes con cáncer de mama con tratamiento únicamente paliativo

7.6.3.- Criterios de eliminación:

- Paciente con cáncer de mama en quimioterapia, que contesten en forma incompleta los cuestionarios para verificar adaptabilidad y cohesión.
- Pacientes que, a pesar de haber firmado el consentimiento informado, decidan salirse del estudio.

7.7.- Variables de estudio:

Definición de variables:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala	Fuente de información
Cohesión	Independiente	Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.	Se obtiene como resultado del cuestionario de FACES III	1. No relacionada 2.Semirrelacionada, 3.Relacionada 4.Aglutinada	Ordinal	Resultado FACES III
Adaptabilidad	Independiente	Capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo	Resultado de las preguntas del FACES III	1.Rígida 2.Estructurada 3.Flexible 4. Caótica.	Ordinal	Resultado de FACES III
Cáncer de mama	Dependiente	Proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios.	Diagnostico dado por el oncólogo y se encuentra registrado en el expediente clínico	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV	Ordinal	Expediente clínico
Quimioterapia	Control	Tratamiento del cáncer mediante fármacos o productos químicos	Tratamiento farmacológico o expresado en el expediente clínico	Nombre medicamento	Dicotómica	Expediente clínico
Tiempo de quimioterapia	Control	Duración de la quimioterapia expresada en meses.	Información que se encuentra escrita en el expediente clínico	Reportado en meses	Ordinal	Expediente clínico
Edad	Control	Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Edad del paciente escrito en el expediente	Expresada en años	Continua	Hoja de recolección de datos
Genero	Control	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre y la mujer	Expresada en el expediente como sexo del paciente	Hombre Mujer	Dicotómica	Hoja de recolección de datos

7.8.- Procedimientos:

Se solicitó la carta de no inconveniente para la realización del presente estudio a la directora del HGZ 50 del IMSS en San Luis Potosí, y una vez aprobado el protocolo de investigación por el comité de ética e investigación con el número de registro: R-2018-2402-010 se invitó a las y los pacientes a participar en la investigación explicándoles el objetivo y finalidad de esta, autorizando con la firma del consentimiento informado siendo 120 pacientes que participaron a los que se le aplicó el cuestionario FACES III para obtener las respuestas de las pacientes, además se revisó el expediente obteniendo los demás datos de edad, tiempo de tratamiento, estadio de la enfermedad y medicamento utilizado, posteriormente se procedió a calificar los cuestionarios donde se determinó la adaptabilidad, cohesión y funcionalidad familiar de los pacientes estudiados. Se registraron los resultados en una base de datos de Excel, procediéndose a realizar el análisis estadístico mediante el programa SPSS 20.0

7.8.- Plan de Análisis:

Medidas de tendencia central, análisis inferencial con R de Spearman y regresión lineal múltiple.

7.9.- Consideraciones éticas:

El presente estudio se realizó de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaría de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22.³⁰

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, es un estudio sin riesgo dado que la investigación requiere de contestar el FACES III, para obtener el resultado.

Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitó el consentimiento informado de los sujetos de investigación y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararon las dudas que surgieron al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada se manejó en forma confidencial.³⁰

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraran los artículos: 28. 29, 30, 31 y 32.³⁰

El protocolo de investigación se sometió al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El paciente no fue expuesto a riesgo, solo consto de contestar el cuestionario que se otorgaba, de manera anónima, previo a su consentimiento.

8.- Recursos, financiamiento y factibilidad:

1.- Humanos:

Investigador principal (residente en medicina familiar)

Asesor estadístico, metodológico y clínico

Derechohabientes con cáncer de mama HGZ 50

2.- Materiales:

- Laptop (\$10,000 pesos)
- Impresora (\$2000 pesos)
- Cartuchos de tinta para impresora (\$ 1000 pesos)
- 3 paquetes de hojas blancas tamaño carta (\$500 pesos)
- Lápices (\$100 pesos)
- Plumas negras (\$200 pesos)
- Transporte (\$2500)

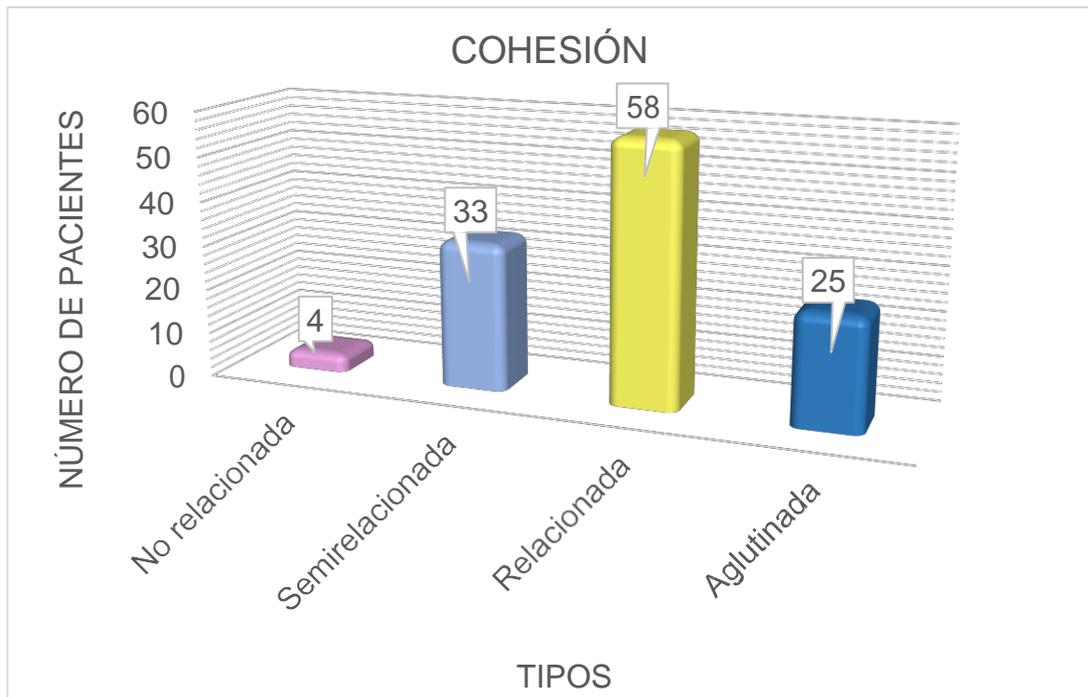
9.- RESULTADOS

Se incluyeron un total de 120 personas para este estudio encontrando de acuerdo a los datos recabados que en cuanto a la cohesión el tipo de familia que se encontró con mayor frecuencia fue la relacionada contando con 58 pacientes, semirrelacionada en 33 pacientes, aglutinada en 25 pacientes y en menor frecuencia la no relacionada con 4 pacientes. Como se muestra en la siguiente tabla y grafica 1.

TABLA 1: TIPOS DE COHESION

Cohesión	
Tipo	No. Pacientes
No relacionada	4
Semirrelacionada	33
Relacionada	58
Aglutinada	25
	120

GRAFICA 1: COHESIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA



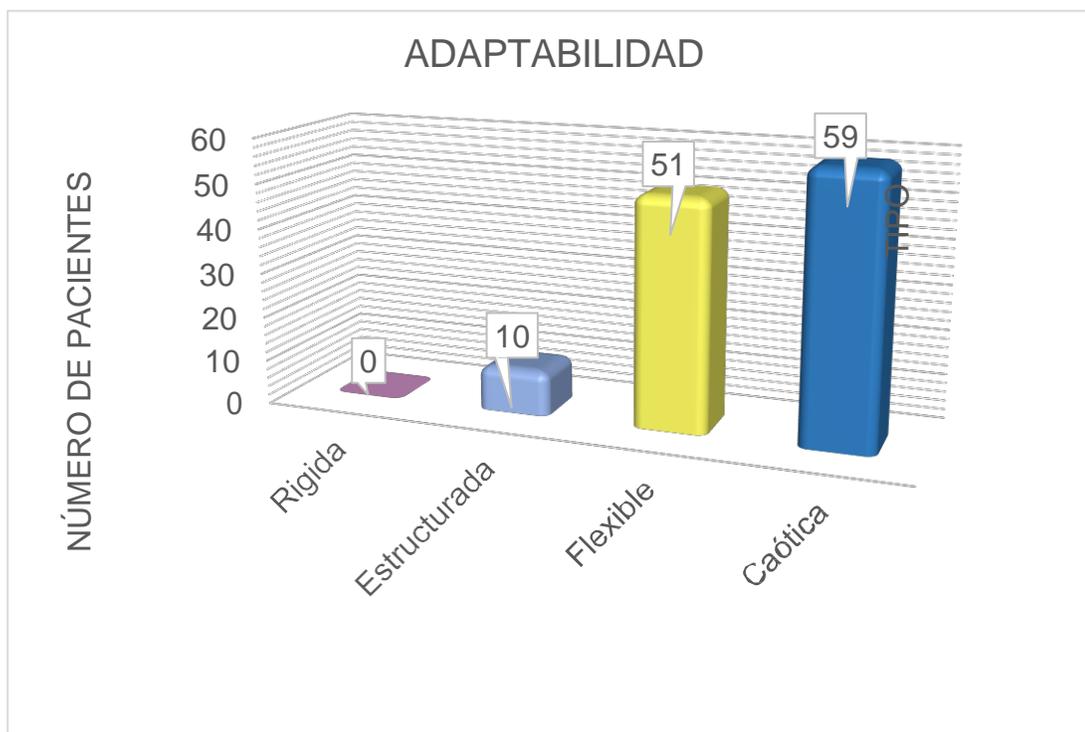
FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

En lo que respecta a adaptabilidad de encontró que el tipo de familia con mayor frecuencia fue la caótica con 59 pacientes respectivamente, seguida por la familia flexible con un numero de 51 pacientes, con menor frecuencia se encontró el tipo estructurada con 10 pacientes y en cuanto al tipo rígida no se encontró pacientes pertenecientes a este grupo. Como se observa en la siguiente tabla y gráfica 2:

TABLA 2: TIPOS DE ADAPTABILIDAD

Adaptabilidad	
Tipo	No. Pacientes
Rígida	0
Estructurada	10
Flexible	51
Caótica	59
	120

GRAFICA 2: ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA



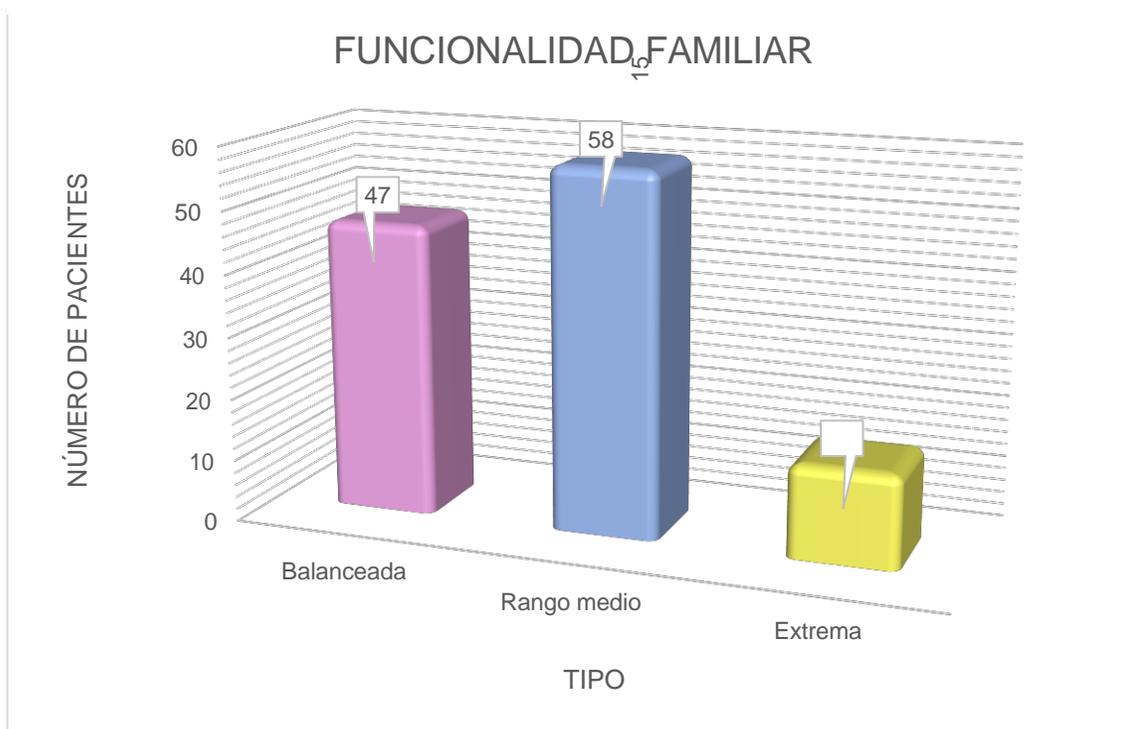
FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que del total de pacientes 58 se encuentran en rango medio, seguido con 47 pacientes en balanceada y 15 en extrema que es menor proporción como se observa en la tabla y grafica 3.

TABLA 3: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Funcionalidad	No. Pacientes
Balanceada	47
Rango medio	58
Extrema	15
	120

GRAFICA 3: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA



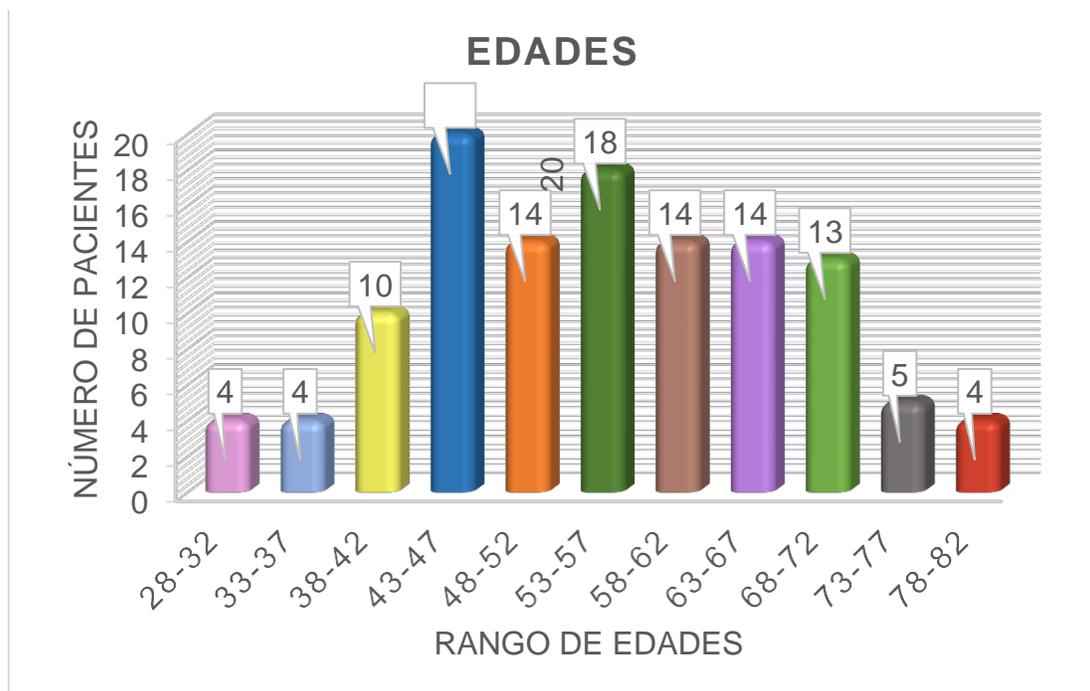
FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

En cuanto a la edad se encontraron pacientes con edad mínima de 28 años y edad máxima de 80 años, observando que en el rango de edades de 43 a 47 años fue prevalente con 20 pacientes respectivamente. Como se muestra a continuación en la tabla y grafica 4.

TABLA 4: EDAD DE PACIENTES

EDAD	
Rango de edad	No. Pacientes
28-32	4
33-37	4
38-42	10
43-47	20
48-52	14
53-57	18
58-62	14
63-67	14
68-72	13
73-77	5
78-82	4
	120

GRAFICA 4: EDADES DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA



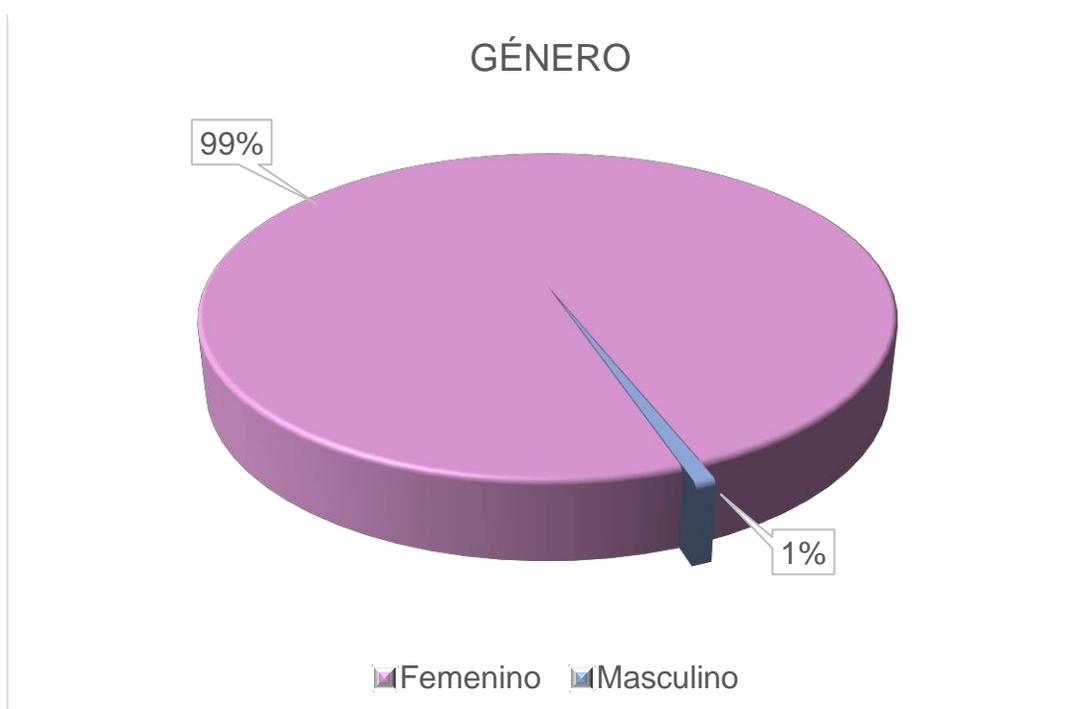
FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

El género con mayor prevalencia fue el femenino con un 99% de los pacientes estudiados y el masculino en 1%, respectivamente. Como se observa en la siguiente tabla y grafica 5:

TABLA 5: GENERO DE PACIENTES

GENERO	
Sexo	Total
Femenino	119
Masculino	1

GRAFICA 5: GENERO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA



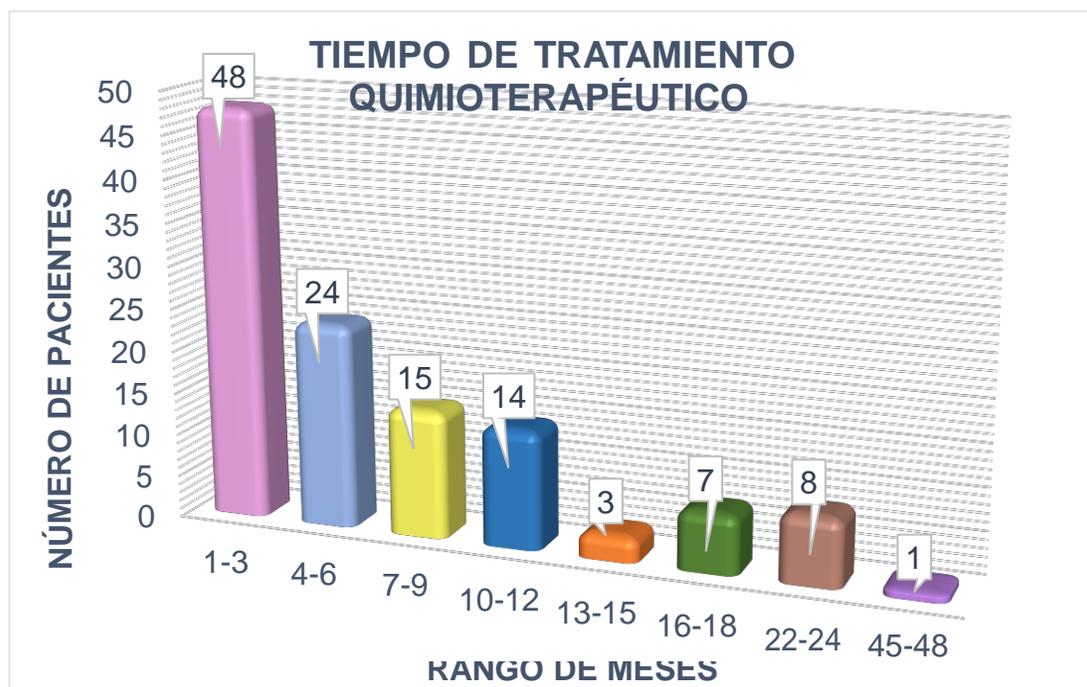
FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

En el tiempo de tratamiento quimioterapéutico se encontraron pacientes con 1 mes de inicio hasta los 48 meses, de la información obtenida se identificó que la mayoría se encontraba entre el primer al tercer mes de tratamiento con 48 pacientes, seguido por el rango de edad de 4-6 meses con 24 pacientes, de 7-9 meses con 15 pacientes, 10-12 meses 14 pacientes, 22-24 meses 8 pacientes, 16-18 meses 7 pacientes, 13-15 meses 3 pacientes, y de 45-48 meses 1 paciente según se muestra en tabla y grafica 6.

TABLA 6: TIEMPO DE TRATAMIENTO
Tiempo de tratamiento quimioterapéutico

Meses	No. Pacientes
1-3	48
4-6	24
7-9	15
10-12	14
13-15	3
16-18	7
22-24	8
45-48	1
	120

GRAFICA 6: TIEMPO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPEUTICO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA



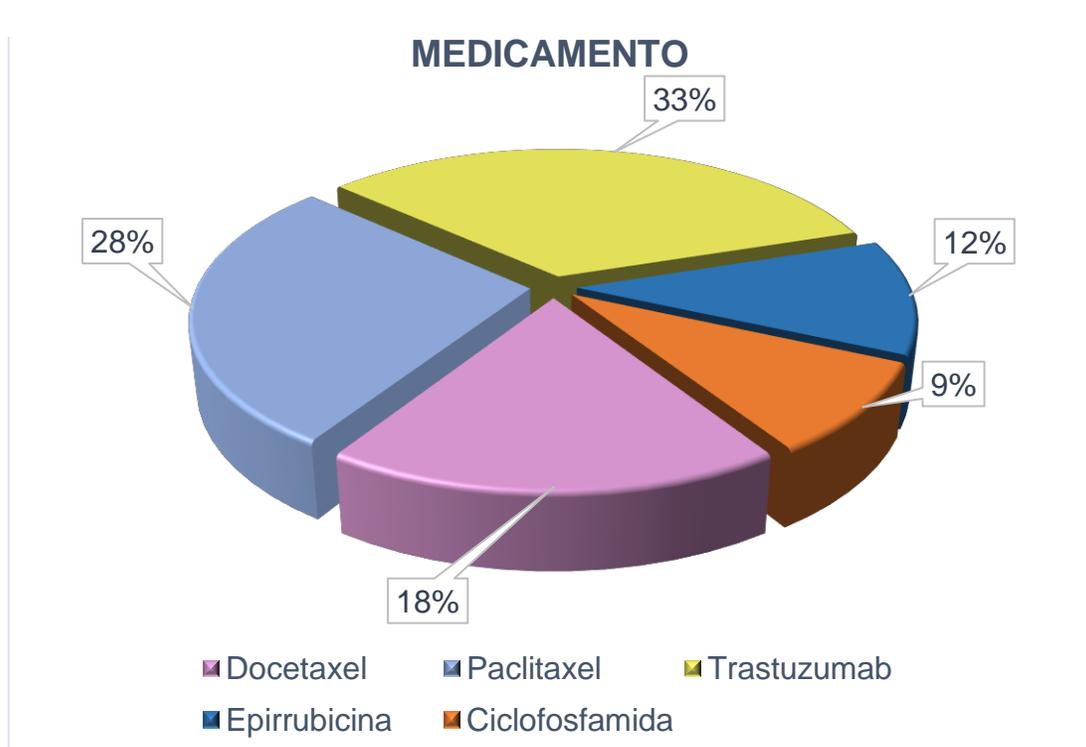
FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

En el tratamiento los medicamentos que más se utilizan son en primer lugar trastuzumab en un 33% de los pacientes, segundo paclitaxel en un 28%, tercero docetaxel en 18%, cuarto Epirrubicina en un 12% quinto ciclofosfamida en 9% respectivamente como se muestra en la tabla y grafica 7.

TABLA 7: MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Tratamiento	
Medicamento	No. Pacientes
Docetaxel	22
Paclitaxel	33
Trastuzumab	40
Epirrubicina	14
Ciclofosfamida	11
	120

GRAFICA 7: MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN QUIMIOTERAPIA



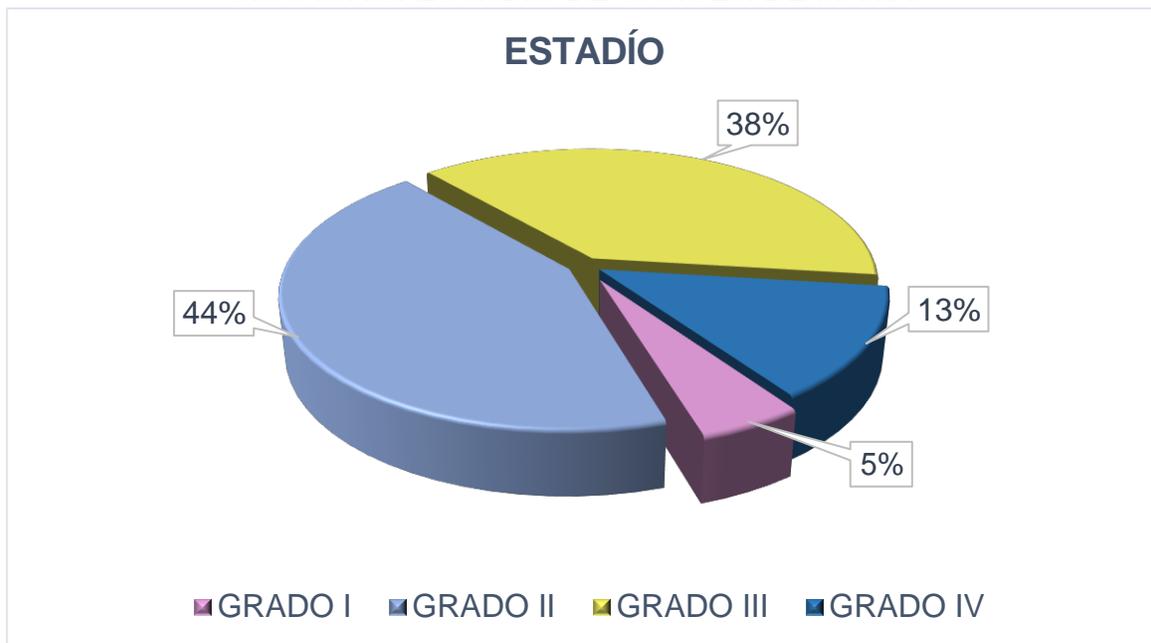
FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

Respecto al estadio de la enfermedad de Cáncer de mama, se encontró que el Grado II tiene el mayor número de pacientes ocupando el 44% de los pacientes, seguido del Grado III en un 38%, posteriormente el Grado IV con un 13% y el Grado I en un 5% como se observa en la tabla y grafica 8.

TABLA 8: ESTADIOS DE CANCER DE MAMA

Estadio	
GRADO I	6
GRADO II	52
GRADO III	46
GRADO IV	16
	120

GRAFICA 8: ESTADIO DE CANCER DE MAMA



FUENTE: Hoja de cálculo Excel, concentrado de los cuestionarios realizado a pacientes con cáncer de mama del HGZ 50

Del total de 120 personas para este estudio de acuerdo a los datos recabados se encontró una relación entre las pacientes tratadas con quimioterapia según cohesión: no relacionada ($R=0.782$ $p= >0.05$), semirrelacionada ($R=0.382$ $p= <0.05$), relacionada ($R=0.532$ $p= <0.05$) y aglutinada ($R=0.173$ $p= >0.05$). Según adaptabilidad: rígida ($R=0.782$ $p= <0.05$), estructurada ($R=0.772$ $p= <0.05$), flexible ($R=0.792$ $p= <0.05$), caótica ($R=0.042$ $p= <0.05$)

10.- DISCUSION

Los resultados de este estudio indican que las pacientes con cáncer de mama cuentan con familias que se encuentran en rango medio que pertenecen a familias disfuncionales, seguidos de familias balanceadas las cuales son funcionales, en cuanto a adaptabilidad se observaron valores extremos, y cohesión en rangos medios, cuando existe una mejor cohesión en las familias se expresa en menor conflicto familiar, lo que ayuda a los pacientes para tener mejor calidad de vida mayor apego a tratamiento. De acuerdo a lo que menciona el Dr. Aubá Guedea en su estudio encontró que cuando la cohesión de la familia es bajo los matrimonios de las enfermas de cáncer de mama permanecen en situación de riesgo comparado a la investigación realizada en el hospital general de zona 50 tienen una mejor cohesión lo que se traduce a menor riesgo de complicaciones en el entorno de las pacientes, En cuanto a las demás variables de genero no influye sean pacientes masculinos o femeninos se obtuvo un resultado similar, al igual que el estudio que realizo Gabrielli Biffi y Vilela Mamede en el proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer de mama, ambos géneros buscan el equilibrio familiar, para grupo de edad el más afectado ante la enfermedad es de 43 a 47 años, por el tiempo de tratamiento no se encontró una variabilidad en las respuestas de la paciente por lo que no suele afectar en cuanto a la funcionalidad de las familias.

11.- CONCLUSION

La familia al estar ante el diagnóstico de cáncer de mama centra su atención en la paciente ante esto la unión mejora esto se traduce a una cohesión relacionada nos da un mejor pronostico pues los pacientes al sentirse apoyados por sus familiares tienen mayor apego, en adaptabilidad también se encontró una relación significativa de mayor significancia el tipo flexible corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión, lo cual corresponde a un mejor pronostico familiar.

12.- SUGERENCIAS

1.- Realizar a los pacientes con cáncer de mama el FACES III para tener un diagnóstico de la funcionalidad familiar pues una disfunción puede traducir en un problema para el paciente y ocasionar trastornos de depresión.

2.- Involucrar a los familiares en la enfermedad de los pacientes para que puedan comprender a sus pacientes para mejorar la adaptabilidad en el proceso de la enfermedad.

13.- LIMITACIONES

No se encontraron limitaciones para la realización de este estudio los pacientes, y el personal de salud en el área de quimioterapia brindaron facilidades para llevar a cabo esta investigación.

14.- Bibliografía:

- 1.- Prevención tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. México: CENETEC.2017
- 2.- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016b). Cáncer de mama: prevención y control. Carga de cáncer de mama. Recuperado el 7 de septiembre de 2016, de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- 3.- PyDeSalud. Entorno familiar. España: 5 agosto 2016. Disponible en: <http://www.pydesalud.com/entorno-familiar-cancer-de-mama/>
- 4.- Lozano I, Ortiz Hernandez A. Aspectos del cuidado a considerar en la intervención de enfermería ante las alteraciones sexuales del paciente oncológico durante su tratamiento. Tesis especialización. Bogotá: pontificia universidad javeriana; 2010.
- 5.- Schmidt V, Barreyro J y Cols. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología vol.3 no.2 Málaga abr. 2010
- 6.- Ponce Rosas E, Gómez Clavelina F y Cols. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Elsevier 2012; 30 (10): 624.
- 7.- Aubá Guedea Enrique, Estudio de la dinámica familiar en la adaptación al cáncer de mama. Noticias.cun; abril-junio 2007: 16-17. Disponible en: https://www.cun.es/dam/cun/revista-noticiasCUN/resumenes/60/16_17_cancer_mama.pdf
- 8.-Mamani Cabana A. Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama. Tesis magister en psicología. Perú: universidad nacional mayor de San Marcos; 2008.

9.- 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. Enfermagem; mar.-abr. 2010: 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_19.pdf

10.- Manani Cahuaya K. Funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del hospital 111. Tesis título profesional. Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASAD RE GROHMANN-TACNA; 2013.

11.- Cantoran Ramirez S. Funcionalidad familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama de la UMF 75 Nezahualcóyotl. Tesis posgrado. México: Universidad Autónoma Del Estado De México;2017.

12.- Acosta Zapata E, López Ramón C, Martínez-Cortés M, Zapata Vázquez R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama Horizonte sanitario / vol. 16, no. 2, mayo-agosto 2017: 139 – 148. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v16n2/2007-7459-hs-16-02-00139.pdf>

13.- Taller herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar. México. Disponible en: https://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller_herramientas_utilizadas_en_un_estudio_de_salud_familiar1.pdf

14.- Torres Sierra B. Adaptabilidad-cohesión familiar en familias con un integrante diabético mediante el uso de faces III en la unidad de medicina familiar N ° 92 del IMSS. Tesis especialización. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.

15.- Programa de Acción Específico, Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018, Programa Sectorial de Salud

http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldeIcancerdelaMujer_2013_2018.pdf

16.- García Roque D, Borges Y. Importancia de la pesquisa del cáncer de mama. Rev. Finlay 2017; 7 (1).

17.- Guzmán Santos K, Morales Cordero K y colaboradores, Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común, Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/carcinomaductal-infiltranteel-tipo-de-cncerde-mama-mscomn.php?aid=705>.

18.- OMS. Cáncer de mama: prevención y control. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.

19.- American Society of Clinical Oncology (ASCO).2005-2018. Disponible en: <https://www.cancer.net/>.

20.- América cáncer society. Cáncer de seno. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno.html>.

21.- Arce Claudia, Bargalló Enrique y colaboradores. Oncoguía cáncer de mama. Arce et al, Cancerología 6 (2011): 77 – 86.

22.- Borello Adriana, Bautista Juan. Protocolos oncológicos, Nov.2015. Disponible en: <http://www.apross.gov.ar/resoluciones/PROTOCOLOS%20ONCOLOGICOS%20-%20GUIA%20DE%20TRATAMIENTO.pdf>.

23.- Laborí Quesada P, Quesada Marrero M, Puig Rodríguez O, La familia en los cuidados paliativos del enfermo con cáncer avanzado. Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Volumen 40 No. 1. 2015. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/117/201>

24.- Novellas Aguirre A, Pajuelo Valsera M, Cuidados paliativos - la familia de la persona enferma. Sociedad española de cuidados paliativos. Disponible en: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA>

25.- Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Portillo Strempe J, Rodríguez González de Molina G. La familia en la enfermedad terminal (I). Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.º 3, septiembre 2002

26.- Instituto nacional de estadística y geografía, Aguascalientes, 2017. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf

27.- Semana epidemiológica. Servicios de salud de San Luis Potosí. Disponible en: <http://www.slpsalud.gob.mx/49-al-publico/reportes-epidemologicos/reportes-epidemiol%C3%B3gicos.html>.

28.- Arguello Esparza E. Cáncer de la mujer. Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva. 2015 <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248801/CancerdelaMujer.pdf>

29.- Navarro J, Definición ABC. Mayo 2014 <https://www.definicionabc.com/general/edad.php>

30.- Ley general de salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

15.- Anexos/cronograma de actividades



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:	ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR RELACIONADOS EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN TRATAMIENTO QUIMIOTERAPEUTICO DEL HGZ 50
Lugar y fecha:	San Luis Potosí a de 2019
Número de registro:	R-2018-2402-010
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio se realizará para ver como se relaciona la adaptabilidad y cohesión familiar con la enfermedad de cáncer de mama, lo que ayudará a los médicos familiares a poder analizar si pudiera haber una complicación derivada de este problema que pueda afectar a su tratamiento.
Procedimientos:	Se le realizaran una serie de preguntas orientadas a detectar la adaptabilidad y cohesión familiar, con el instrumento FACES III.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, únicamente se le realizará unas preguntas, en caso de sentirse indispuesta para responder, se le contactará telefónicamente más adelante para llevar a cabo la encuesta
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	De acuerdo con los resultados del cuestionario y si usted lo desea, se le orientará sobre lo que requiere en su ambiente familiar o no para mejorar la adaptabilidad y cohesión.
Participación o retiro:	En el momento que decida puede dejar de participar en este estudio, sin que exista repercusión en su atención integral tanto en el Hospital como en su UMF
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recabados por los investigadores, serán resguardados por los mismos, y solo es utilizarán con fines de investigación, asegurando en todo momento la confidencialidad de sus datos personales.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

**Cronograma de actividades
IMSS
Karla Isabel Martínez Pérez**



	1	2	3	4	5	6	7
Fase conceptual							
Formulación y delimitación del problema							
Revisión de la bibliografía							
Definición del marco teórico							
Formulación de hipótesis							
Diseño y planeación							
Selección del diseño							
Identificación de la población a estudiar							
Especificación de los métodos para medir variables							
Diseño de muestreo							
Terminación y revisión del plan de investigación							
Registro							
Fase empírica							
Colecta de datos							
Preparación de datos para el análisis							
Fase analítica							
Análisis de datos							
Interpretación de resultados							
Fase de difusión							
1.- Octubre 2017 2.- Noviembre 2017 3.- Diciembre- enero 2018 4.- Febrero-Marzo 2018 5.- Abril-Mayo 2018 6.- Junio-agosto 2018 7.- Septiembre- Octubre de 2019							

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad	
Genero	
Fármaco de quimioterapia	
Tiempo de Tratamiento	
Quimioterapéutico:	

Cuestionario FACES III Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado.

No. DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1 Los miembros de nuestra 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 más cercanos.					
6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8 Nuestra familia cambia el modo de hacer las 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 Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13 Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14 En nuestra familia las reglas cambian.					

15 Con facilidad podemos planear actividades en la familia.	
16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	
17 Consultamos unos con otros para tomar 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.	

Puntaje: cohesión: suma de los puntajes en ítems nones, no relacionada de 10-34, semirrelacionada 35-40, relacionada, 41-45, aglutinada 46-50. Adaptabilidad: suma de puntajes en ítems pares, rígida 10-19, estructurada 20-24, flexible 25-28, caótica 29-50.