



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER
DE MAMA ADSCRITAS A UMF 11 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO
2018-2022**

FEBRERO 2025

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA JOSEELYN CIGARROA VILLARREAL



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER
DE MAMA ADSCRITAS A UMF 11 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO
2018-2022**

FEBRERO 2025

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. JOSEELYN CIGARROA VILLARREAL

ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLOGICO:

DRA. ADRIANA HERNANDEZ HERNANDEZ



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE
CANCERDE MAMA ADSCRITAS A UMF 11 DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO 2018-2022**

AUTORIZACIONES

**DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN
ENC. DE LA COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL**



**DR. EDWARD OCHOA TAPIA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**



**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN.
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF #11**

**DRA. ALEJANDRA GUADALUPE ULLOA LOPEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF #11**

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a DIOS por guiarme y ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad y ser la guía para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados, gracias.

A mi MADRE por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ti he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, por estar siempre presente y ser mi apoyo y mi consuelo en los momentos difíciles, y celebrar cada logro conmigo TE AMO.

A mi Familia que, aunque algunos se encuentran lejos siempre cuento con su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento, por caminar junto a mí durante todos estos años, lo complicado de lograr esta meta ha sido menos, este logro también es de ustedes.

A las personas que me abrieron las puertas, por sus aportes y conocimientos compartidos, por su paciencia, por la ayuda que de alguna u otra forma apoyaron este trabajo muchas gracias.

EN MEMORIA

En honor a Dorena Cigarroa Villarreal, que, aunque ya no estés presente físicamente, tu amor y tu espíritu continúan caminando a mi lado, y sé que desde donde estés, estarás celebrando conmigo, infinitas gracias por todo y, por tanto. Lo logramos tía TE AMO.

INDICE

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. RESUMEN..... | 7 |
| 2. INTRODUCCION..... | 7 |
| 3. MARCO TEORICO | 8 |
| 4. JUSTIFICACIÓN..... | 20 |
| 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 21 |
| 6. OBJETIVOS..... | 22 |
| 6.1. OBJETIVO GENERAL..... | 22 |
| 6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 22 |
| 7. HIPOTESIS | 23 |
| 8. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 23 |
| 8.1. TIPO DE ESTUDIO..... | 23 |
| 8.2. PERIODO DE ESTUDIO..... | 23 |
| 8.3. UNIVERSO DE TRABAJO | 24 |
| 8.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA | 24 |
| 8.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 24 |
| 9. CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 24 |
| 9.1. INCLUSION..... | 24 |
| 9.2. EXCLUSION | 25 |
| 9.3. CRITERIOS DE ELIMINACION | 25 |
| 10. VARIABLES..... | 25 |
| 10.1. VARIABLE INDEPENDIENTE | 25 |
| 10.2. VARIABLE DEPENDIENTE..... | 25 |
| 11. PROCEDIMIENTO | 27 |
| 12. RECURSOS | 28 |
| 12.1. RECURSOS HUMANOS | 28 |
| 12.2. RECURSOS MATERIALES | 28 |
| 12.3. RECURSOS FINANCIEROS..... | 28 |
| 13. ASPECTOS ÉTICOS..... | 29 |
| 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 37 |
| 15. RESULTADOS | 39 |
| 16. DISCUSIÓN..... | 50 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 17. | CONCLUSIONES..... | 54 |
| 18. | BIBLIOGRAFÍA..... | 55 |
| 19. | ANEXOS..... | 59 |
| 19.1. | ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 59 |
| 19.2. | ANEXO 2 CUESTIONARIO FF PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR..... | 61 |
| 19.3. | ANEXO 3 CUESTIONARIO DE FF FUNCIONALIDAD FAMILIAR..... | 63 |

1. RESUMEN

Título: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA ADSCRITAS A UMF 11 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO 2018-2022.

Número de centros participantes del IMSS: Unidad de Medicina Familiar No. 11

Número de participantes de la UMF 11: Pacientes con cáncer de mama que se encuentren acudiendo a control dentro de la Unidad de Medicina Familiar No.11 y que este incluido en el censo ARIMAC en el periodo 2018- 2022.

2. INTRODUCCION

La relevancia del conocimiento sobre el carcinoma mamario reside en su condición de neoplasia de mayor prevalencia en la población femenina a nivel global, asociada a una elevada tasa de mortalidad. La tendencia ascendente en la mortalidad se atribuye al incremento en la incidencia de esta patología, influenciado por factores como el aumento en la esperanza de vida al nacer, modificaciones en los hábitos de vida y la elevación existente entre la obesidad y el desarrollo de cáncer. Ante el hecho de padecer cáncer de mama provoca en las mujeres reacciones múltiples tales como angustia miedo, preocupación y dolor los cuales repercuten también en la dinámica familiar, esto provoca una carga emocional de gran impacto en los pacientes y sus familias, estas reacciones son determinantes en la forma de afrontar el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar, o a la disolución de la misma. Existen diversas herramientas para la valoración de la funcionalidad familiar, entre las que se incluyen el FACES III, que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar, y el genograma, útil para la identificación de la tipología familiar. No obstante, en el presente estudio se empleará el instrumento FF, el cual consta de 35 situaciones

que pueden presentarse o no en una familia determinada, a compartir 6 dominios diferentes dominios: resolución de problemas (7 reactivos), comunicación (10 reactivos), roles (5 reactivos), involucramiento afectivo (2 reactivos), respuestas afectivas (8 reactivos) y control de conductas (3 reactivos), el cual permite categorizar a la familia en: funcional, con disfunción leve, con disfunción moderada, y con disfunción severa.

Objetivo: Determinar el tipo de funcionalidad familiar en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama adscritas a la UMF 11 durante el periodo 2018-2022.

Material y métodos: Se llevará a cabo un estudio de tipo descriptivo y transversal en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 11, ubicada en Tapachula, Chiapas. La población de estudio estará constituida por mujeres con diagnóstico confirmado de carcinoma mamario, diagnosticadas durante el periodo comprendido entre los años 2018-2022. mediante el instrumento FF el cual consta de 35 reactivos con alfa de Cron Bach de 0.926 y mide 6 dominios: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conductas, el cual permite categorizar a la familia en: funcional, con disfunción leve, con disfunción moderada, y con disfunción severa, todo esto con previo consentimiento informado

Palabras clave: cáncer de mama, funcionalidad familiar, mujeres.

3. MARCO TEORICO

CANCER DE MAMA

Tanto en el mundo como en México el cáncer de mama representa un problema de salud grave debido a la gran cantidad de fallecimientos asociados a este. En las mujeres mexicanas es el tipo de cáncer más común representando el 25% de los casos. Diversos estudios han encontrado que predomina el carcinoma

de mama ductal invasivo y el subtipo molecular luminal a (ER+PR+ HER) siendo los estados del norte, los que representan la mayor incidencia, este fenómeno se ha asociado principalmente a la transición de hábitos de vida como cambios en la alimentación, disminución en la cultura de la lactancia materna y la falta de ejercicio físico. Actualmente con el empleo de técnicas moleculares se puede dar un diagnóstico más preciso y con ello un tratamiento más efectivo contra esta enfermedad. (1)

El análisis epidemiológico de la distribución geográfica de la incidencia de carcinoma de mama en la población femenina de 20 años o más durante el año 2019 demostró que los estados de Morelos, Colima y Aguascalientes exhibieron las mayores tasas de incidencia de esta neoplasia. La tasa de mortalidad a nivel nacional por carcinoma mamario se cuantificó en 17,19 defunciones por cada 100.000 mujeres en el grupo etario de 20 años o más. Las entidades federativas que registraron las menores tasas de mortalidad por esta causa fueron Quintana Roo, Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Campeche, Colima, Guerrero, Morelos, Hidalgo y Tabasco. (2)

Observamos que son más frecuentes las pacientes con cáncer de mama RH (+) las cuales se presentan significativamente con un menor tamaño tumoral y con un menor número de ganglios, lo cual es reflejo de un comportamiento biológico menos agresivo y por ende con mayor supervivencia global. En contraste las pacientes que presentan cáncer de mama con un subtipo triple negativo, que aun cuando menos frecuente, se presentan el diagnóstico con tumores de mayor tamaño y un peor pronóstico con una menor supervivencia global. Se definió como supervivencia global a todo el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de cáncer de mama hasta la muerte del paciente y como supervivencia libre de enfermedad o progresión como todo el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la recurrencia o progresión de la enfermedad. (3)

Ante el diagnóstico de una neoplasia maligna, la familia experimenta un desequilibrio sistémico generalizado, manifestado como una crisis de organización. La totalidad del sistema familiar se ve comprometido, requiriendo una

reestructuración para adaptarse a las nuevas demandas de atención y cuidado que exige el paciente. A esta crisis se suma un desgaste físico, económico y emocional que impacta a la familia, generando una interrupción total en su ritmo y estilo de vida preexistentes. En ocasiones se requiere incluso de apoyo de familiares y amigos para cubrir estas necesidades. En el subsistema filial, los descendientes de estas pacientes experimentan una separación afectiva de la figura materna, en ciertos casos, son los hermanos mayores quienes asumen la responsabilidad del cuidado materno, Esta situación genera una modificación sustancial en las atenciones que habitualmente recibían, incluyendo el aseo personal, la nutrición y el sostén integral, emocional, educativo, que previamente les brindaba la madre, En algunas familias, la enfermedad, además de las circunstancias previamente descritas, precipita la disolución del vínculo conyugal parental, generando un impacto aún mayor en el bienestar de los menores. Existen algunas consideraciones desde una perspectiva biopsicosocial que podemos considerar como:

Impacto emocional en los hijos: El distanciamiento emocional de la madre y la alteración en las dinámicas familiares pueden generar en los hijos una amplia gama de emociones negativas, como ansiedad, miedo, tristeza, culpa, ira, confusión y sentimientos de abandono.

Alteración en el desarrollo: La falta de atención y apoyo adecuados puede afectar el desarrollo emocional, social y académico de los niños.

Sobrecarga en los hermanos mayores: Asumir el rol de cuidador puede generar una gran sobrecarga física y emocional en los hermanos mayores, limitando sus propias oportunidades de desarrollo y bienestar.

Ruptura del vínculo conyugal y su efecto: La separación de los padres añade una nueva fuente de estrés y desestabilización para los hijos, incrementando el riesgo de problemas emocionales y conductuales. (4)

El cáncer además de ser un problema de salud pública se ha relacionado con consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales, las cuales se presentan tanto en el paciente, como en el familiar por lo anterior se presentan consecuencias

emocionales como dolor impotencia y temor, consecuencias cognitivas como la frustración y la ansiedad y consecuencias conductuales como agresión, limitación del contacto social, abandono de actividades laborales y vulnerabilidad para padecer afectaciones biológicas sociales y mentales. Por ende se puede decir que las afectaciones cognitivas se relacionan con procesos mentales como atención, memoria y el funcionamiento ejecutivo mientras que las afectaciones emocionales, se relacionan con la ansiedad y la depresión y los sentimientos de dependencia frustración y agotamiento emocional. (5)

Las experiencias de vida de mujeres con cáncer sometidas a quimioterapia, esta afecta al sistema inmunitario, los médicos tratantes recomiendan reducir las visitas y las salidas para evitar el riesgo de infección. También la deshidratación y los efectos citotóxicos sobre órganos y tejidos contribuyen a la pérdida de cabello y tersura de la piel. Factores que afectan la feminidad y la autoestima de la mujer por lo que se recomienda la intervención psicológica antes y después de la quimioterapia. El apoyo familiar y la relación con la pareja son un punto clave en el tratamiento recuperación de las mujeres se ha reportado su asociación con la supervivencia y un mejor desempeño sexual. (6)

Los cuidadores son principalmente mujeres con formación secundaria en una etapa de edad reproductiva procede en su mayoría del área rural con pareja estable alto compromiso religioso igualmente perciben como moderada la carga de cuidado del paciente que recibe quimioterapia y se encuentra entre la 4a y 6ta semana de tratamiento. (7)

Las mujeres jóvenes con el nivel educativo inferior a la básica secundaria y una proporción significativa que no terminaron la básica primaria donde se encontró el promedio de edad fue 33.5 años, esta similitud puede demostrar la vulnerabilidad que presenta la población de mujeres al pertenecer a zonas con un bajo nivel educativo y económico que les dificulta que les dificulta fijar la información adquirida como parte de su conocimiento. No es suficiente poseer conocimientos sobre autoexamen de mama para tener una buena práctica porque a pesar de que la mayoría de las mujeres manifiesten conocerlo, solo una proporción de ellas se lo ha

realizado y de estas pocas se lo realizan mensualmente. La familia juega un papel importante en las conductas de las personas como factor protector o de riesgo para su autocuidado. (8)

Al analizar la tipología familiar se encontró que el 50% es reconstituida el 12.5% es extensa simple y el 12.5% es unión de hecho, el 12.5% es monoparental y el 12.5% es nuclear. En lo relacionado con las estrategias de afrontamiento, se encontró que el afrontamiento activo de los participantes evidencia que el apoyo emocional es considerado como un componente importante para las familias y que este a su vez incide en que se pueda dar una reformulación positiva, así también la compañía surgió como categoría emergente que es considerada como apoyo en el proceso de afrontamiento frente a la enfermedad. En cuanto al afrontamiento pasivo se encontró que las formas más comunes que tienen estas familias para afrontar la enfermedad son la autodistracción y las creencias religiosas. (9)

La percepción de la baja funcionalidad física, se acentúa que debido a su padecimiento ha dejado de acudir a su empleo además de abandonar sus funciones familiares habituales, el detrimento de la función física, uno de los síntomas con mayor intensidad fue el insomnio. En estos casos la alteración de los patrones de sueño puede tener etiología física-dolor, los fármacos y los tratamientos contra el cáncer como psicológica por las repercusiones en la vida del paciente el análisis de la fatiga y el patrón del sueño es necesario para el manejo multidisciplinario de este problema. Los factores personales como la edad escolaridad estatus civil, situación laboral y paridad juegan un papel protagónico en relación a la actitud. La etapa del cáncer no solo afecta el estado global de la salud y la sexualidad de las pacientes también incide en su perspectiva del futuro. (10)

En la prevención del cáncer de mama es fundamental la búsqueda de factores de riesgo e identificar las lesiones sugestivas en la paciente con sintomatología mamaria sobre los cambios en el estilo de vida para reducir el riesgo de padecer esta enfermedad y del uso de la autoexploración como una estrategia para participar de manera activa en el cuidado de la salud, en mujeres de 40 a 49 años, se aconseja la práctica de una mastografía con periodicidad anual o cada 2 años en mujeres que

no presentan sintomatología clínica sugestiva de patología mamaria., La frecuencia de la mastografía se determinará en función de la evaluación individual de los factores de riesgo que presente cada paciente. (11)

Actividad física de intensidad moderada, ha sido vinculada con un menor riesgo de desarrollar algunas enfermedades crónicas como CA de mama, los resultados mostraron menor riesgo de desarrollo de CA de mama por cada 3 horas de actividad física de intensidad moderada efecto que resulto mayor en mujeres postmenopáusicas. Dieta y vitaminas, se observó una asociación inversa franca entre la concentración de 25(OH) vitamina D sérica y el riesgo de CA de mama en mujeres tanto pre como menopaúsicas. Consumo de alcoholes aquellos que si beben tienes más probabilidad de desarrollar CA de mama, además se observó que este efecto se incrementó a casi el doble en las mujeres con un consumo insuficiente de folatos en la dieta, lo que se debe que el alcohol compite con la acción de folato. La medición antropométrica de la estatura o longitud corporal se vincula con una elevación del riesgo de padecer cáncer de mama (12)

Etiología. Se reconoce que la etiología del carcinoma mamario (CA de mama) se debe a la interacción compleja de factores genéticos, ambientales y relacionados con el estilo de vida, un patrón etiológico compartido por la mayoría de las neoplasias, lo que denota su origen multifactorial. Atendiendo a su génesis, el CA de mama se clasifica en:

Esporádico: Se define como aquel que se presenta en pacientes sin antecedentes familiares conocidos de la enfermedad, representando el 70-80% del total de casos diagnosticados.

Familiar: Se caracteriza por la presencia de un historial familiar evidente de la patología, pero sin que pueda atribuirse a la alteración de un único gen, sino a la mutación concurrente de múltiples genes (herencia multifactorial), abarcando entre el 10-15% de los casos.

Hereditario: Se origina por la mutación de un solo gen en la línea germinal (herencia monogénica), constituyendo el 5-10% de los casos. Dentro de esta categoría, aproximadamente el 40% se asocia a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2.

Esta clasificación es crucial para la evaluación del riesgo individual, la planificación del tamizaje y la toma de decisiones terapéuticas. (13)

Código de birads y recomendaciones

0 Necesita imagen en adicionales para evaluación y/o mamografías anteriores para comparar. Realización de pruebas complementarias si procede o comparación de previas.

1 Sin hallazgos. Mamografía de control según protocolo.

2 Sin hallazgos, mamografía de control según protocolo.

3 Hallazgos probablemente benignos (menos 2% de malignidad) comparar con mamografías previas o realizar ecografías a los 6 meses si permanece estable anual durante 2-3 años.

4 Hallazgo sospechoso de malignidad (4-95% de malignidad) recomienda biopsia.

4ª poca sospecha, recomendar biopsia, si biopsia benigna control en 6 meses o control de rutina (14)

Diagnóstico temprano, recomendaciones generales.

1. autoexamen mamario mensual a partir de los 18 años (7 días después de terminada la menstruación)
2. examen clínico mamario anual a partir de los 25 años
3. mastografía anual de tamizaje en mujer asintomática a partir de los 40 años, el ultrasonido mamario es el estudio de elección en mujeres menores de 35 años con patología mamaria.

4. El diagnóstico por imagen, específicamente la mamografía, constituye el único método de imagenología que ha evidenciado una reducción en la tasa de mortalidad por carcinoma mamario del 29-30% en la población sometida a tamizaje, al posibilitar un diagnóstico precoz.
5. La mastografía de escrutinio o tamizaje se realiza en mujeres asintomáticas con una periodicidad anual a partir de los 40 años. El resultado se reporta utilizando la clasificación BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System). (15)

Opciones de tratamiento de CA de mama. Dependerá de lo avanzado que este el cáncer (0-V) y de qué tipo de cáncer este presente, en el tratamiento se utiliza la cirugía, la radioterapia, terapia endocrina y la terapia dirigida y se estadifica de acuerdo con el tamaño del tumor, la afectación de los ganglios linfáticos regionales y la presencia de metástasis a distancia, es decir, la diseminación a otros órganos o tejidos más allá de la mama y los ganglios linfáticos, utilizando el sistema TNM. (tumor, ganglio y metástasis), la presencia de biomarcadores incluidos los receptores hormonales y un receptor denominado HER2 también ayuda a determinar el tipo de terapia. Síntomas del CA de mama, un bulto en el seno, cambio en el tamaño o en la forma del seno, hoyuelo en la piel de la mama o engrosamiento de tejido mamario, pezón invertido, erupción y secreción en el pezón, hinchazón o bulto en la axila, dolor en el seno, enrojecimiento de la piel. (16)

Tratamiento del cáncer de mama. Locales, tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo dependiendo del tipo de cáncer de mama y lo avanzado que este. Tratamiento sistémico, los medicamentos que se usan para tratar el cáncer de mama se consideran terapias sistémicas porque pueden alcanzar las células cancerosas en casi cualquier parte del cuerpo, pueden ser administradas por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo dependiendo del tipo de cáncer incluyendo: quimioterapia, terapia hormonal terapia dirigida e inmunoterapia. Enfoques comunes de tratamiento, por lo general los planes de tratamiento se basan en los tipos de cáncer de mama, su etapa y cualquier situación especial, su

plan de tratamiento también dependerá de otros factores incluyendo su estado general de salud y sus preferencias personales (17)

Tratamiento adyuvante. La quimioterapia tiene como objetivo erradicar la enfermedad micrometastásica, previniendo así el desarrollo de clones celulares resistentes, dado que se ha comprobado que la recurrencia sistémica constituye la principal causa de deceso. Los regímenes de quimioterapia basados en antraciclinas logran una disminución del 33% en las recidivas y del 27% en la mortalidad en mujeres menores de 50 años. Tras un seguimiento de 15 años, la mortalidad en cifras absolutas se redujo en un 7% en pacientes con ganglios negativos y en un 11% en pacientes con ganglios positivos. En mujeres de 50 a 69 años, el beneficio de la quimioterapia es independiente del estado ganglionar. Se ha demostrado que la adición de taxanos a la quimioterapia adyuvante, ya sea de forma secuencial o simultánea con las antraciclinas, mejora la supervivencia libre de enfermedad, evidenciando un beneficio a 5 años. (18)

La familia como núcleo principal de la sociedad y vínculo central del desarrollo se encuentra con la responsabilidad de formar a los miembros menores lo cual influye a la realidad subjetiva de como ver el mundo por lo cual la familia es la base, los constantes problemas dentro del núcleo conllevan un mensaje negativo a los miembros de la familia de acuerdo al estudio realizado donde evaluaron la funcionalidad familiar, manifestaron vivir en una familia disfuncional sabiendo que el bienestar integral del adolescente está sujeto al entorno biopsicosocial de la familia, la disfunción familiar, es un factor desequilibrante en la familia se asocia con resultados negativos como conductuales como de salud. (20)

La familia se presenta como un elemento fundamental puede convertirse en un factor de riesgo protector, se considera un factor de riesgo con prácticas de crianza indecentes a su desarrollo, abuso y conflictos familiares, ay investigaciones que explican una diferencia importante entre un miembro resiliente de aquel que no lo es la cual radica en el grado de exposición a la adversidad familiar a la que se ha visto enfrentados durante la niñez. La familia como factor protector debe promover

la resiliencia, la cohesión, ternura y preocupación por los hijos, la cohesión familiar es el lazo emocional que la pareja y miembros de la familia tienen entre sí. (21)

La sobrecarga en el cuidado del familiar diagnosticado con cáncer de mama incide de forma negativa tanto en la salud física como mental de todos los miembros de la familia, pero sobre todo en quienes asumen el rol de cuidadores primarios. Los síntomas psicológicos que pueden manifestarse son ansiedad, incertidumbre, depresión, sensación de fracaso o desesperanza, dificultades cognitivas, y comportamiento tales como la falta de atención y concentración, una escasa capacidad de organización en las tareas y el aislamiento social, así pues, el agotamiento y la sobrecarga de los cuidadores se vuelve un asunto de salud pública en sí mismo debido a todas las consecuencias que trae consigo. La OMS define a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y espiritual completo que no se adjudica a la ausencia de enfermedad, en la literatura especializada a la salud se le conoce con el nombre de calidad de vida relacionada a la salud (22)

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, los pacientes perciben que hubo cambios en el funcionamiento familiar, quienes afirmaron que los cambios fueron negativos, se refieren sobre todo al abandono familiar y a la desunión, los cambios positivos se enfocaron en el cuidado de la propia salud y del familiar enfermo, mayor unión familiar, cambio en las prioridades y los proyectos de vida. Existe un mejor funcionamiento familiar entre quienes tienen un mayor nivel de estudios, recibieron un mayor tipo de apoyo por parte de sus familiares, quienes reciben el apoyo familiar de forma permanente. Los pacientes que no reciben ningún tipo de apoyo familiar (emocional, cuidado de la salud, económico) son los que presentan niveles más bajos de coherencia individualización y mantenimiento. Las familias nucleares tienen un mejor funcionamiento familiar en dimensión de coherencia. (23)

Para la mayoría de las familias el proceso crítico generado por el diagnóstico de cáncer de un miembro de la familia tiene una repercusión elevada. En las distintas áreas de la salud familiar pudo apreciarse el predominio moderada en

las áreas socio psicológico, funcionamiento familiar y socioeconómico. En la mayoría de las unidades familiares, la ocurrencia de este evento genera un impacto

que predispone a la disrupción del homeostasis familiar y a la afectación del estado de salud del sistema familiar en su conjunto. Adicionalmente, los recursos de afrontamiento y adaptación disponibles resultan insuficientes para manejar la situación. (24)

Entendemos por crecimiento postraumático el cambio positivo que un individuo pueda llegar a experimentar en un proceso traumático, padecer cáncer de mama constituye una experiencia traumática no tanto por el impacto de diagnóstico como por los tratamientos administrados, no obstante, toda persona vive momentos traumáticos a lo largo de sus vidas pudiendo obtener a partir de ellos ciertos beneficios o no. Se considera que el desarrollo el crecimiento postraumático a partir de experiencias traumáticas puede verse promovido o dificultado por el uso de diferentes estrategias de afrontamiento, el afrontamiento hace referencia a la respuesta cognitiva y de comportamiento que los individuos usan para manejar o tolerar el estrés o situaciones como el proceso de adaptación a un diagnóstico o tratamiento de cáncer. (25)

El cáncer de mama se considera una enfermedad crónica y suele ser una experiencia traumática para quien lo padece debido a las diferentes amenazas asociadas con esta enfermedad como el diagnóstico de una condición potencialmente mortal, los esquemas de tratamientos complejos y los esquemas secundarios resultantes de estos, los cuales inciden negativamente en la imagen corporal, afectan la calidad de vida, y la salud psicosocial de los pacientes. Esto hace que muchos de ellos experimenten el diagnóstico de cáncer como una situación estresante y peligrosa para la vida. De los dos tipos de cáncer, el de mama representa un 16% de las neoplasias malignas en la mujer que se reportan a nivel mundial y cada día se reportan 1.38 millones de casos nuevos, las proyecciones para el 2030 indican que esta enfermedad se incrementara a un 60% estas cifras lo colocan como el tumor más frecuente en la mujer y la principal causa de cáncer en sexo femenino. (26)

En el grupo de mujeres que han sobrevivido al carcinoma mamario (pacientes que han completado el tratamiento y se encuentran en remisión o con enfermedad

estable), se han detectado niveles más altos de sintomatología depresiva, evidenciando una mayor predisposición a experimentar emociones negativas y a presentar secuelas emocionales persistentes incluso después de la resolución del cuadro oncológico. Sin embargo, este mismo colectivo de mujeres también manifiesta, con significación estadística, niveles superiores de resiliencia. Se interpreta que la vivencia de este proceso de crecimiento personal, derivado de la superación de la enfermedad, implica un fortalecimiento psicológico y una mayor capacidad para afrontar y gestionar eficazmente las preocupaciones y los afectos negativos. (27)

La resiliencia presenta una gran importancia en la prevención del malestar psicológico emocional ante situaciones adversas, para que las personas desarrollen la capacidad de resistir y salir fortalecidas tras haber sufrido situaciones traumáticas, es necesaria la existencia de estos acontecimientos adversos. El diagnóstico de carcinoma mamario representa una circunstancia que induce niveles significativos de estrés, comparable a un evento de naturaleza traumática, no obstante, las mujeres poseen capacidades y recursos intrínsecos que les permiten activar determinados mecanismos para facilitar la adaptación a la situación estresante que conlleva el diagnóstico de la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento se definen como el proceso mediante el cual se logra una adaptación a través de la implementación de procesos cognitivos y conductuales con la finalidad de modificar la situación, regular los afectos y las emociones y de esta manera, otorgarle un significado personal a la experiencia de la enfermedad. (28)

Finalmente, ante las correlaciones positivas que hubo entre la esperanza y las dimensiones del rol emocional índice sumario de la salud mental, y calidad de vida se plantea una relación entre dicha esperanza y el estado mental ya vista en diferentes estudios sobre cáncer de mama. Las fuertes correlaciones negativas encontradas entre ansiedad y depresión y las diferentes dimensiones, como vitalidad, rol emocional, e índices sumarios de la salud física y mental, coinciden con las halladas en estudios hechos en otras partes del mundo. En los que se observó que la depresión se asocia con niveles altos de desesperanza y

discapacidad en pacientes con cáncer de mama. Las relaciones más significativas son entre la resiliencia y las dimensiones de vitalidad, dolor corporal, y los índices sumarios de salud física y mental. (29)

Existen varios instrumentos diseñados para medir el funcionamiento familiar, algunos de ellos son aplicados por parte del psicólogo, mientras que otros son de uso común por parte del médico familiar, como el FACES IV y el FF-SIL. El “Instrumento FF” de 35 reactivos, permite medir el funcionamiento familiar en cuatro categorías: funcional 141-175 puntos, disfuncional leve 106-140 puntos, disfuncional moderada 71-105 puntos y disfuncional severa 35-70 puntos. El instrumento, además, permite identificar los resultados del funcionamiento familiar por dominio: comunicación (reactivos del 1 al 10): adecuada 31-50 puntos o inadecuada 10-30 puntos; respuesta afectiva (reactivos del 11 al 18): adecuada 24-40 puntos e inadecuada 8-23 puntos; resolución de problemas (reactivos del 19 al 25): adecuada 19-35 puntos e inadecuada 7-18 puntos; roles (reactivos del 26 al 30): se cumplen 16-25 puntos y no se cumplen 5-15 puntos; control de conducta (reactivos del 31 al 33): adecuada 9-15 puntos, inadecuada 3-8 puntos; e involucramiento afectivo (reactivos 34 y 35): con involucramiento 7-10 puntos y sin involucramiento 2-6 puntos. (30)

4. JUSTIFICACIÓN

Dado el incremento que se ha tenido en la última década en los diferentes países en la prevalencia de cáncer de mama, y en nuestro país es la tercera causa de muerte en la mujer mexicana después de enfermedades del corazón y la diabetes.

Así mismo el conocer el impacto que causa no solo el saberse con una enfermedad grave sino el tener que someterse a alteraciones en su aspecto físico, las diferentes emociones, su presencia e intensidad con la que se manifiestan; la cual estará mediada por los estilos de vida de cada paciente y la resiliencia familiar con la que se cuenta.

Por lo que el conocer el entorno familiar y la historia natural de pacientes con cáncer de mama, la existencia del manejo situacional oportuno o no, nos permitirá establecer los diagnósticos de funcionalidad familiar, diferenciar el comportamiento entre los diferentes tipos de familias y así poder complementar de manera oportuna con estrategias de enfrentamiento.

Por lo que considero que el presente estudio e investigación es viable y factible de realizarse ya que contamos con pacientes que pertenece con este grupo de riesgo que llevan control en la unidad médica y que es de suma importancia dar seguimiento a estas pacientes y conocer su entorno familiar para su atención integral, tomando en cuenta el contexto biopsicosocial de la enfermedad.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo.

El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control.

El cáncer de mama es una patología cuyo impacto a nivel físico, psicológico, social y económico es de gran trascendencia, representando una crisis para normativa que afecta a la mujer y su entorno familiar y social, por lo que el estudio de la funcionalidad es de suma importancia para brindar un manejo integral.

La familia es un sistema de estructura variable en el cual sus integrantes interactúan, crecen y se desarrollan a lo largo de vida; siempre sometidos a factores externos que influyen de manera positiva o negativa en su composición e

interacciones por lo que, la funcionalidad familiar es una fortaleza para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Por lo que es esencial determinarla en una crisis para normativa como el diagnóstico de cáncer de mama, de lo cual surge la siguiente pregunta de investigación

¿CUAL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA ADSCRITAS A UMF 11 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO 2018-2019?

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el tipo de funcionalidad familiar en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama adscritas a la UMF 11 durante el periodo 2018-2022.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el nivel de comunicación familiar en pacientes con cáncer de mama adscritas a la UMF 11 durante el periodo de 2018 -2022
2. Identificar el nivel de involucramiento afectivo familiar en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama adscritas a la UMF 11 durante el periodo 2018-2022
3. Identificar el nivel de resolución de problemas en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama adscritas a la UMF 11 durante el periodo de 2018 -2022
4. Determinar la tipología familiar en pacientes con cáncer de mama adscritas a la UMF 11 durante el periodo 2018-2022

7. HIPOTESIS

HI. Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama durante el periodo comprendido de 2018-2022 presentan disfuncionalidad familiar.

H0. Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama durante el periodo comprendido 2018-2022 presentan funcionalidad familiar.

HA. Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama durante el periodo comprendido 2018-2022 presentan moderada funcionalidad familiar.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio, de diseño descriptivo y corte transversal, se enfocó en la identificación de la funcionalidad familiar en mujeres diagnosticadas con carcinoma mamario durante el periodo temporal delimitado. Dicha investigación tiene como objetivo estimar la magnitud y la distribución de esta condición de salud en un momento específico, dado que se basa en una única recolección de datos y la observación de un fenómeno puntual. El estudio adopta un enfoque metodológico mixto.

8.2. PERIODO DE ESTUDIO

PERIODO COMPRENDIDO DEL 2018 AL 2022

8.3. UNIVERSO DE TRABAJO

Todas aquellas mujeres actualmente vivas con diagnóstico realizado por biopsia con carcinoma mamario en el periodo comprendido 2018-2022 perteneciente a la unidad médico familiar número 11 IMSS, en Tapachula Chiapas. Por lo tanto, no se realizará muestreo del universo.

8.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se dispone de una población de estudio conformada por 71 pacientes, compuesta por la población femenina diagnosticada con carcinoma mamario y adscrita a la Unidad de Medicina Familiar número 11, afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tapachula, Chiapas, durante el lapso temporal que abarca desde el año 2018 hasta el año 2022.

8.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se usará medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1. INCLUSION

- Edad comprendida 18 a 80 años
- Diagnostico establecido de CA de mama en tiempo de 2018-2022
- Adscritos a la unidad médica familiar 11

- Que acepten voluntariamente participar en el estudio

9.2. EXCLUSION

- Pacientes con alguna enfermedad mental
- Pacientes que se nieguen a participar

9.3. CRITERIOS DE ELIMINACION

Paciente que fallecieron con diagnóstico de cáncer mamario durante el lapso temporal que abarca desde el año 2018 hasta el año 2022.

10. VARIABLES

10.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- cáncer de mama
- edad
- lactancia materna
- composición familiar
- estado civil

10.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- funcionalidad familiar
- red de apoyo
- involucramiento afectivo

| Variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición Operacional | Escala de medición | Indicadores |
|------------------------|------------------|--|--|--------------------|--|
| Edad | Cuantitativa | Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento actual. | número de años cumplidos referidos por la paciente durante la encuesta | nominal | años |
| Lactancia materna | Cualitativa | forma óptima de alimentar a los bebés | ingesta o no de seno materno | ordinal | años |
| Composición familiar | Cualitativa | número de miembros y el parentesco sanguíneo, legal o afectivo que puedan tener | cantidad de integrantes de la familia | ordinal | |
| estado civil | Cualitativa | situación legal en la que la persona se encuentra | lo referido por la paciente durante la encuesta | nominal | casada o soltera, unión libre, viuda |
| funcionalidad familiar | Cuantitativa | dinámica interactiva, relacional y sistémica que se establece entre los integrantes de un núcleo familiar, y su evaluación se realiza mediante el análisis de 6 dominios | Cuestionario FF | ordinal | Funcional Disfunción leve Disfunción moderada Disfunción severa |
| Involucramiento | Cuantitativa | Nivel de participación | Lo referido por el paciente | ordinal | |
| Comunicación | Cuantitativa | Proceso por medio del cual se transmite información | Lo referido por el paciente | ordinal | |

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|--|-----------------------------|---------|--|
| Resolución de problemas | Cuantitativa | Capacidad de identificar un problema y tomar medidas para encontrar solución | Lo referido por el paciente | ordinal | |
|-------------------------|--------------|--|-----------------------------|---------|--|

11. PROCEDIMIENTO

Se llevará a cabo una investigación en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 11, Tapachula, Chiapas, en la cual las participantes del estudio serán mujeres con diagnóstico confirmado de carcinoma mamario, diagnosticadas durante el periodo comprendido entre los años 2018 al 2022.

Previo consentimiento informado firmado por escrito se les aplicara a quienes decidan participar el instrumento FF de 35 reactivos, el cual permite medir el funcionamiento familiar en cuatro categorías: funcional 141-175 puntos, disfuncional leve 106-140 puntos, disfuncional moderada 71-105 puntos y disfuncional severa 35-70 puntos. El instrumento, permite identificar los resultados del funcionamiento familiar por dominio: comunicación (reactivos del 1-10): adecuada 31-50 puntos o inadecuada 10-30 puntos, respuesta afectiva (reactivos del 11 al 18): adecuada 24-40 puntos e inadecuada 8-23 puntos, resolución de problemas (reactivos 19- 25): adecuada 19-35 puntos e inadecuada 7-18 puntos, roles (reactivos del 26 al 30): se cumplen 16-25 puntos y no se cumplen 5-15 puntos, control de conducta (reactivos del 31-33): adecuada 9-15 puntos, inadecuada 3-8 puntos e involucramiento afectivo (reactivos 34 y 35): con involucramiento 7-10 puntos y sin involucramiento 2-6 puntos. El cual tiene un alfa de cron Bach de 0.926, permite categorizar a la familia en: funcional, con disfunción leve, con disfunción moderada y con disfunción severa con un puntaje que oscila de 35 a 175., Para el procesamiento y la interpretación de los datos, tanto de naturaleza cualitativa como cuantitativa, se utilizarán medidas de tendencia central, específicamente el promedio aritmético

(media), y medidas de dispersión o variabilidad, concretamente la desviación estándar (o desviación típica). Con el fin de evaluar la validez de la hipótesis de investigación, estableciendo su confirmación o refutación.

12. RECURSOS

12.1. RECURSOS HUMANOS

- Dra. CIGARROA VILLARREAL JOSEELYN. Médico Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 11
- DRA. ADRIANA HERNANDEZ HERNANDEZ. Médico familiar adscrito al área de atención médica continúa de la unidad médica familiar número 11.

12.2. RECURSOS MATERIALES

- Hojas blancas
- Papelería
- Computadora
- Impresora
- Hojas de recolección de datos

12.3. RECURSOS FINANCIEROS

- Recursos propios de los investigadores, sin recibir recursos financieros externos

13. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se ajustará a las disposiciones legales contenidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación, así como a los principios bioéticos que regulan la investigación con seres humanos. En consonancia con lo establecido en el capítulo segundo, "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos", del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (SSA 2018), los datos obtenidos durante la investigación se tratarán con estricta confidencialidad, resguardando el anonimato y la privacidad de cada uno de los participantes. El protocolo de investigación será sometido a dictamen por el Comité Local de Investigación en Salud No. 703 y el Comité Local de Ética en Investigación en Salud No. 703, ambos pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, donde se llevará a cabo una revisión para determinar su factibilidad y pertinencia. Sinónimos: se someterá a evaluación, se someterá a dictamen, se presentará a revisión, será evaluado por, Comité Local de Investigación en Salud, Comité Local de Ética en Investigación en Salud, comité de ética en investigación, comité de investigación, Unidad de Medicina Familiar No. 13, UMF No. 13, clínica de medicina familiar No. 13, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del IMSS, donde será analizado, donde se llevará a cabo una revisión, donde se estudiará, para valorar su viabilidad y realización, para determinar su factibilidad y pertinencia, para evaluar su puesta en marcha, para dictaminar su aprobación.

La investigación se llevará a cabo respetando escrupulosamente los derechos de confidencialidad de la información obtenida a partir de los expedientes clínicos, el formulario de recolección de datos se completará de forma personal y confidencial, incluyendo cualquier información pertinente para la realización del estudio. Para este propósito, nos apegaremos a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (Secretaría de Salud, 2014),

específicamente en su Título Segundo, "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos"

El presente protocolo de investigación se clasifica como de riesgo mínimo, fundamentado en lo dispuesto en el Capítulo I, "Disposiciones comunes", Artículo 17, Párrafo 2 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de evaluaciones médicas o psicológicas convencionales, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, recolección de muestras biológicas no invasivas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, evaluaciones psicológicas sin intervención experimental, investigación con medicamentos de uso común, estudios con fármacos ya comercializados y con amplio margen terapéutico, investigación con medicamentos de uso común, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros En virtud de que la obtención de datos se realizará mediante la aplicación de un cuestionario, se requerirá la firma del consentimiento informado por parte de cada participante antes de su inclusión en el estudio. Con el fin de proteger la confidencialidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no incluirá información de identificación personal, como nombre o dirección. Se observarán las disposiciones contenidas en las fracciones I, VI, VII y VIII del reglamento en cuestión. Con respecto al consentimiento informado, se establecerá lo determinado en el Artículo

23 del mismo reglamento: En investigaciones de riesgo mínimo, el comité de ética puede autorizar la obtención del consentimiento informado de forma verbal o por otros medios, sin necesidad de un documento escrito, siempre que existan razones justificadas para ello.

Se proseguirán las directrices y recomendaciones consensuadas en las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (BPC) para la investigación en salud, establecidas por el Consejo Internacional de Armonización de los Requisitos Técnicos para el Registro de Medicamentos de Uso Humano (ICH, anteriormente conocido como International Conference on Harmonization).

La investigación se sustentará en los 12 principios esenciales que conforman la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1989); "Denominada "Guía de recomendaciones para los médicos en la investigación biomédica en personas", la cual fue aprobada durante la 18ª Asamblea Médica Mundial. Helsinki, 39 Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983, la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (AMM) compromete al médico con el principio de "priorizar diligentemente y sobre todo la salud de mi paciente", mientras que el Código Internacional de Ética Médica establece que "el médico debe actuar en el mejor interés del paciente al proporcionar atención médica".

El imperativo del médico consiste en promover y salvaguardar la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluyendo a aquellos que participan en protocolos

de investigación médica. El conocimiento científico y el juicio clínico del médico deben estar subordinados al cumplimiento de esta obligación primordial.

El desarrollo de la medicina se fundamenta en la investigación científica, la cual, en su fase final, requiere la inclusión de estudios con participantes humanos.

El objetivo fundamental de la investigación médica en seres humanos es la comprensión de la etiología, la progresión y las consecuencias de las enfermedades, así como la optimización de las intervenciones profilácticas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso las intervenciones terapéuticas más validadas deben ser objeto de evaluación constante mediante investigación para asegurar su inocuidad, eficiencia, efectividad, asequibilidad y calidad.

La investigación médica está regida por principios éticos que tienen como finalidad fomentar y garantizar el respeto a la dignidad de todos los seres humanos y salvaguardar su salud y sus derechos individuales. Sinónimos: está sujeta a, está regida por, se rige por, se adhiere a, normas éticas, principios éticos, directrices éticas, regulaciones éticas, promover y asegurar el respeto, fomentar y garantizar la dignidad, promover y proteger la integridad, proteger su salud, salvaguardar su salud, amparar su salud, derechos individuales, derechos fundamentales, derechos humanos, libertades individuales.

Si bien el propósito fundamental de la investigación médica es la generación de nuevos conocimientos científicos, este objetivo nunca debe anteponerse a los derechos y los intereses de los individuos que participan en los estudios.

En el contexto de la investigación médica, es una obligación del profesional de la salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad física y moral, el derecho a la autonomía y la toma de decisiones informadas (autodeterminación), la intimidad y la confidencialidad de los datos personales de las personas que participan en la investigación. La responsabilidad de la protección de los sujetos que intervienen en la investigación debe recaer invariablemente en un médico u otro profesional de la

salud debidamente cualificado, y nunca en los propios participantes, incluso si estos han otorgado su consentimiento informado.

Los profesionales de la medicina están obligados a observar las regulaciones y los criterios éticos, legales y jurídicos que regulan la investigación con seres humanos en sus respectivos territorios nacionales, al igual que las normativas y los estándares internacionales vigentes. Bajo ninguna circunstancia se debe permitir que una exigencia ética, legal o jurídica, ya sea de ámbito nacional o internacional, reduzca o suprima cualquier medida de protección para los participantes en la investigación establecidas en esta Declaración.

La investigación biomédica debe llevarse a cabo de forma que se minimice el potencial impacto nocivo sobre el entorno ecológico. Sinónimos: realizarse, ejecutarse, conducirse, llevarse a cabo, reduzca al mínimo, minimice, disminuya, atenúe, posible daño al medio ambiente, potencial impacto negativo sobre el entorno ecológico, posible perjuicio al ecosistema.

La investigación biomédica en seres humanos debe ser ejecutada exclusivamente por individuos con la instrucción, la capacitación y las competencias científicas y éticas adecuadas. La investigación que involucra a pacientes o voluntarios sanos requiere la supervisión de un facultativo u otro profesional de la salud competente y debidamente cualificado

Los grupos poblacionales que presentan una excesiva participación en los estudios de investigación médica deben gozar de un acceso equitativo a la participación en dichas investigaciones.

El profesional de la medicina que ejerce simultáneamente la práctica clínica y la investigación biomédica debe incorporar a sus pacientes en estudios de investigación únicamente cuando esto represente un beneficio potencial justificado en términos de prevención, diagnóstico o tratamiento, y siempre que el médico tenga fundamentos sólidos para considerar que la participación en el estudio no perjudicará la salud de los pacientes involucrados.

Se debe garantizar una indemnización y una atención médica adecuada para los individuos que sufran algún daño durante su participación en el estudio. Tanto en la práctica clínica como en la investigación biomédica, la mayoría de las intervenciones implican ciertos riesgos y gastos. La investigación médica en seres humanos solo debe efectuarse cuando la relevancia de su propósito supera el riesgo y los costos para el participante.

Cualquier investigación biomédica en seres humanos debe ser antecedida por una meticulosa evaluación comparativa de los riesgos y los costos para los individuos y los grupos que participan en el estudio, en contraste con los beneficios anticipados para ellos mismos y para otros individuos o grupos afectados por la patología objeto de investigación.

Se deben aplicar medidas para minimizar los riesgos. Los riesgos deben ser objeto de monitorización, valoración y registro continuo por parte del investigador principal.

Los profesionales de la medicina no deben participar en investigaciones con seres humanos a menos que tengan la convicción de que los riesgos han sido debidamente valorados y de que existe la capacidad para gestionarlos de manera satisfactoria. Cuando los riesgos inherentes superan los beneficios anticipados o si se obtienen evidencias irrefutables de resultados definitivos, los médicos deben considerar la pertinencia de continuar, modificar o interrumpir de forma inmediata el estudio

La Norma Oficial Mexicana 012 define los lineamientos para la realización de proyectos de investigación en salud que involucran a seres humanos, estableciendo que dicha investigación se llevará a cabo con la finalidad de generar contribuciones científicas, tecnológicas y de conocimiento en el campo de la salud. Con el fin de asegurar la protección de los participantes y garantizar la integridad científica de la investigación, se toman en consideración las disposiciones contenidas en el Título Quinto, "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos", Capítulo I, de la Ley General de Salud del 2011, específicamente los artículos 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103, que establecen lo siguiente:

Artículo 96.- Se refiere a los objetivos generales de la investigación en salud, que abarcan desde el conocimiento de procesos biológicos y psicológicos hasta la producción de insumos para la salud. Se pueden usar sinónimos como: conocimiento, entendimiento, comprensión, procesos biológicos y psicológicos, mecanismos biológicos y psicológicos, interrelaciones, vínculos, conexiones, causas de enfermedad, etiología de las enfermedades, práctica médica, atención médica, ejercicio de la medicina, estructura social, organización social, contexto social, prevención y control, profilaxis y control, efectos nocivos del ambiente, efectos perjudiciales del entorno, impacto negativo del medio ambiente, técnicas y métodos, procedimientos y estrategias, provisión de servicios de salud, prestación de servicios de salud, oferta de servicios sanitarios, insumos para la salud, materiales para la salud, recursos sanitarios

Artículo 97.- Se refiere a la coordinación entre la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para orientar el desarrollo de la investigación en salud. Se pueden usar sinónimos como: orientará el desarrollo de la investigación, dirigirá el avance de la investigación, guiará el progreso de la investigación, coordinará el fomento de métodos científicos y tecnológicos con el objetivo de generar nuevos conocimientos y soluciones en el campo de la salud.

La Secretaría de Salud y los poderes ejecutivos de los estados de la federación mexicana, dentro del marco de sus correspondientes facultades, brindarán apoyo y promoverán el funcionamiento de instituciones públicas dedicadas a la investigación en el área de la salud. Sinónimos: Secretaría de Salud, SSA, Ministerio de Salud, autoridad sanitaria federal, gobiernos de las entidades federativas, administraciones gubernamentales de los estados, poderes ejecutivos de los estados, gobiernos estatales, en el ámbito de sus respectivas competencias, dentro del marco de sus correspondientes atribuciones, según sus facultades, de acuerdo con sus responsabilidades, apoyarán y estimularán, respaldarán e incentivarán, fomentarán y promoverán, funcionamiento de establecimientos públicos, operación de instituciones públicas, actividad de centros públicos, destinados a la investigación

para la salud, dedicadas a la investigación en el área de la salud, enfocadas en la investigación biomédica, consagradas a la investigación sanitaria.

Artículo 98.- En los establecimientos sanitarios, bajo la dirección de los responsables o encargados correspondientes y en cumplimiento de la normativa vigente, se establecerán: una comisión de investigación; un comité de investigación; un comité de ética en investigación, cuando se lleven a cabo estudios con participantes humanos; y un comité de bioseguridad, responsable de la regulación del empleo de radiaciones ionizantes o de técnicas de manipulación genética. El Consejo de Salubridad General publicará las normativas adicionales sobre campos o tipos de investigación que juzgue pertinentes.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en colaboración con la Secretaría de Educación Pública y con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las universidades, elaborará y mantendrá al día un registro de las investigaciones en el sector salud a nivel nacional.

El presente protocolo de investigación se adhiere a los estándares de bioética internacionales, incluyendo el Código de Núremberg, la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU, el Informe Belmont, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, las Pautas para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos de la OMS y la Declaración de Helsinki de la AMM.

En el ámbito nacional, y en concordancia con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en Materia de Investigación para la Salud, particularmente en su Título Segundo, Artículo 17º del Capítulo 1º, el presente protocolo de investigación se cataloga como "Investigación sin riesgo", Puesto que consiste en una entrevista en la que se administrará un cuestionario, se requiere la obtención del consentimiento informado por escrito.

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | | | | | | | | | | |
|---|-------------|------------|--------------|------------------------|-------------------------|---------------|------------|--------------|-----------------------|---------|
| ACTIVIDADES | 2022 | | | | | 2023 | | | | |
| | marzo-abril | mayo-junio | julio-agosto | septiembre- octubre | noviembre- diciembre | enero-febrero | marzo-mayo | Junio- julio | agosto- septiembre | octubre |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | X | X | | | | | | | | |
| REVISION DE BIBLIOGRAFIA | | | X | | | | | | | |
| ELABORACION DE JUSTIFICACION DE ESTUDIO Y MARCO TEORICO | | | | X | X | | | | | |
| ELABORACION DE OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVO ESPECIFICO | | | | | X | | | | | |
| ELABORACION DE HIPOTESIS | | | | | | X | X | | | |
| DISEÑO DE PROTOCOLO Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | | | | | | | X | X | X | |
| REGISTRO DE PROTOCOLO | | | | | | | | | | X |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| APROBACION DEL PROTOCOLO | | | | | | | | | | |
| EJECUCION DE PROTOCOLO Y RECOLECCION DE DATOS | | | | | | | | | | |
| ANALISIS DE DATOS | | | | | | | | | | |
| PRESENTACION DE RESULTADOS | | | | | | | | | | |

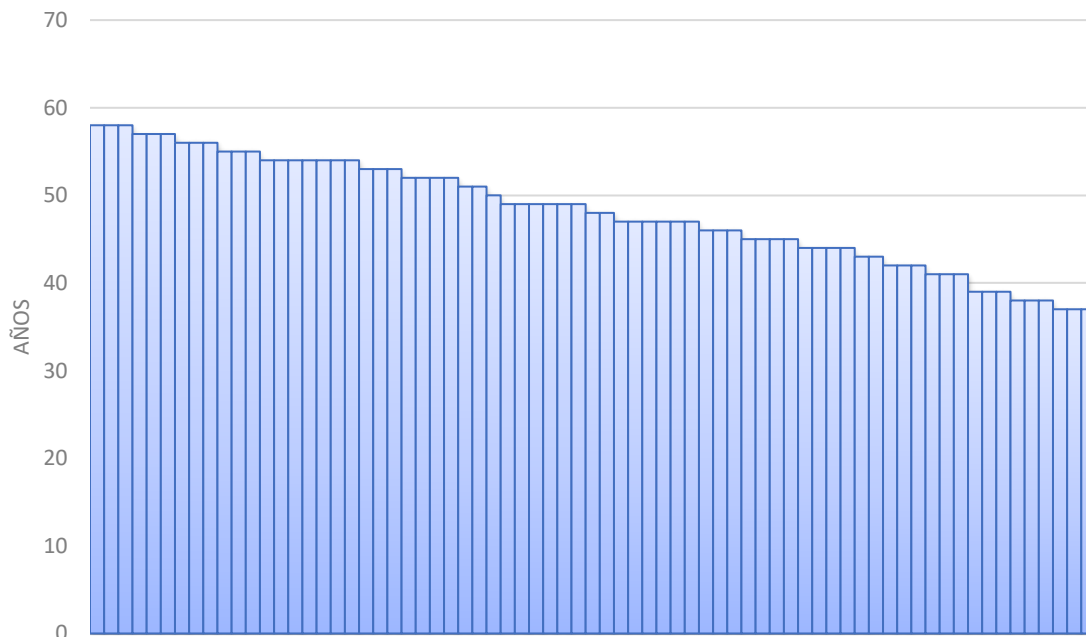
15. RESULTADOS

En la presente sección se muestran los hallazgos de la investigación correspondientes a una muestra de 71 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión preestablecidos.

Cuadro 1: Resumen de estadísticos descriptivos de la edad de las pacientes estudiadas.

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|------|----|--------|--------|-------|---------------------|
| Edad | 71 | 37 | 58 | 48.14 | 6.128 |

Gráfica 1: Resumen de estadísticos descriptivos de la edad de las pacientes estudiadas

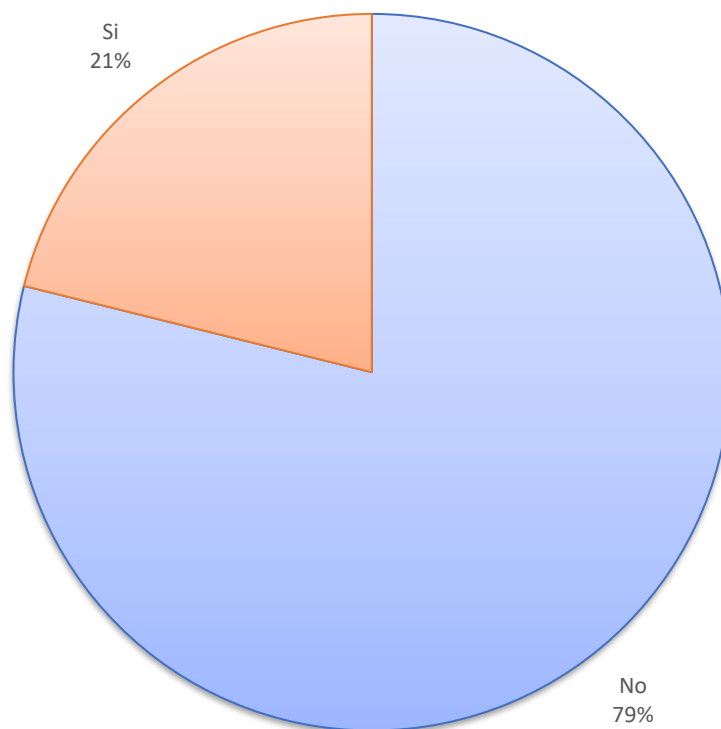


La edad de las mujeres tuvo una media de 48.14 ± 6.128 años, con un mínimo de 37 años y un máximo de 58 años.

Cuadro 2: Distribución por lactancia materna de las mujeres estudiadas.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| No | 56 | 78.9 |
| Si | 15 | 21.1 |
| Total | 71 | 100.0 |

Gráfica 2: Distribución por lactancia materna de las mujeres estudiadas.

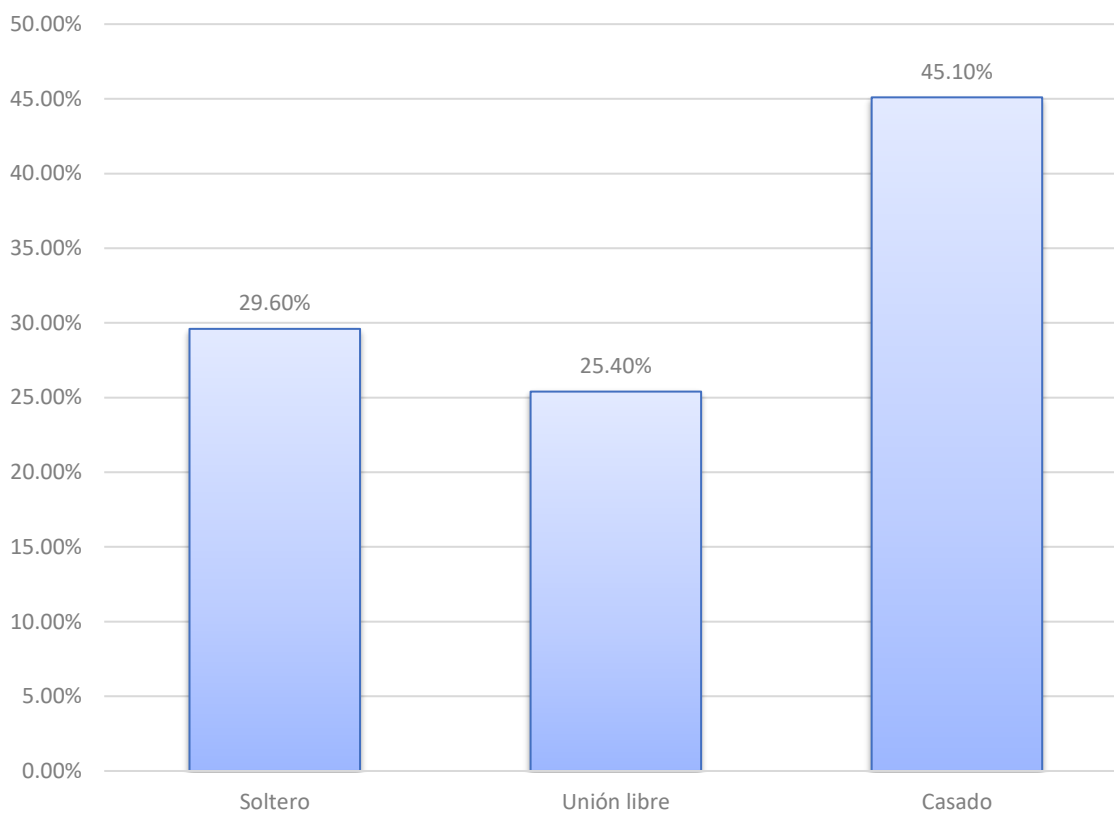


La lactancia materna fue referida por el 21.1% (n=15) de mujeres.

Cuadro 3: Distribución por estado civil de las mujeres estudiadas

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Soltero | 21 | 29.6% |
| Unión libre | 18 | 25.4% |
| Casado | 32 | 45.1% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 3: Distribución por estado civil de las mujeres estudiadas.

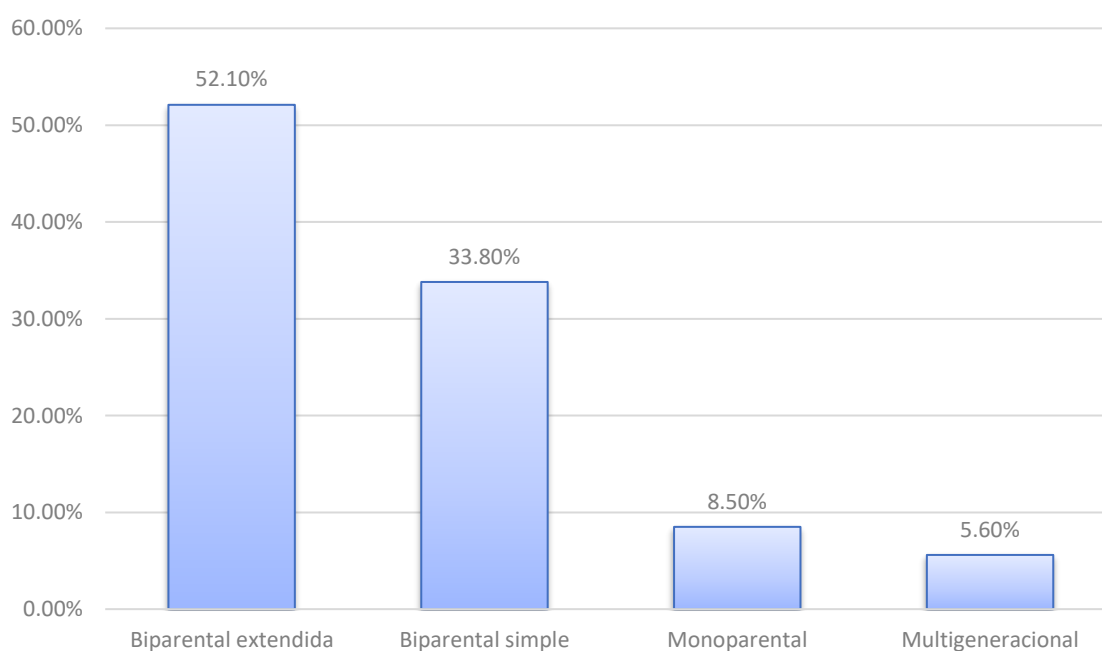


El estado civil predominante fue el de casado con el 45.1%, seguido por las mujeres solteras representando el 29.6%, y finalmente las mujeres con estados civil de unión libre con el 25.4%

Cuadro 4: Distribución por composición familiar de las mujeres estudiadas

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Biparental extendida | 37 | 52.1% |
| Biparental simple | 24 | 33.8% |
| Monoparental | 6 | 8.5% |
| Multigeneracional | 4 | 5.6% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 4: Distribución por composición familiar de las mujeres estudiadas



La composición familiar más frecuentemente hallada fue de biparental extendida con el 52.1% (n=37), seguido por biparental simple con el 33.8% (n=24), seguido por monoparental con el 8.5% (n=6), y finalmente se encontró familia multigeneracional con el 5.6% (n=4).

Cuadro 5: Resumen de estadísticos descriptivos de los puntajes de la escala FF

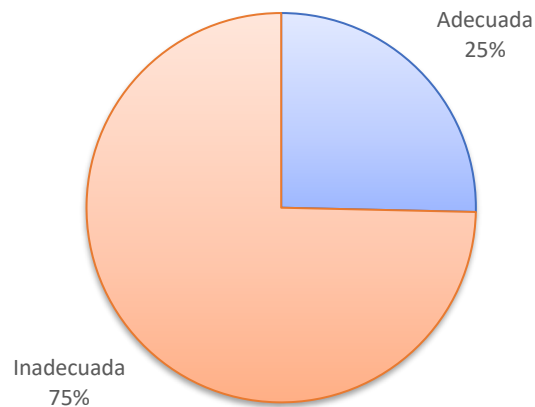
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|--|----|--------|--------|-------|---------------------|
| Puntaje de dominio de comunicaciones | 71 | 18 | 47 | 27.80 | 5.544 |
| Puntaje de dominio de respuesta afectiva | 71 | 11 | 37 | 20.85 | 4.191 |
| Puntaje de dominio de resolución de problemas | 71 | 11 | 35 | 18.59 | 4.921 |
| Puntaje de dominio de roles | 71 | 7 | 21 | 12.45 | 2.682 |
| Puntaje de dominio de control de conducta | 71 | 3 | 15 | 8.66 | 2.602 |
| Puntaje de dominio de involucramiento afectivo | 71 | 2 | 10 | 5.68 | 2.110 |
| Puntaje total | 71 | 72 | 165 | 94.03 | 17.234 |

Se hallaron los puntajes medios de los dominios de funcionalidad familiar en el siguiente orden descendiente: dominio de comunicaciones (27.8 ± 5.544), dominio de respuesta afectiva (20.85 ± 4.191), dominio de resolución de problemas (18.59 ± 4.921), dominio de roles (12.45 ± 2.682), dominio de control de conducta (8.66 ± 2.602) y dominio de involucramiento afectivo (5.68 ± 2.11).

Cuadro 6: Distribución por percepción del dominio de comunicación del instrumento FF

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Adecuada | 18 | 25.4% |
| Inadecuada | 53 | 74.6% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 5: Distribución por percepción del dominio de comunicación del instrumento FF

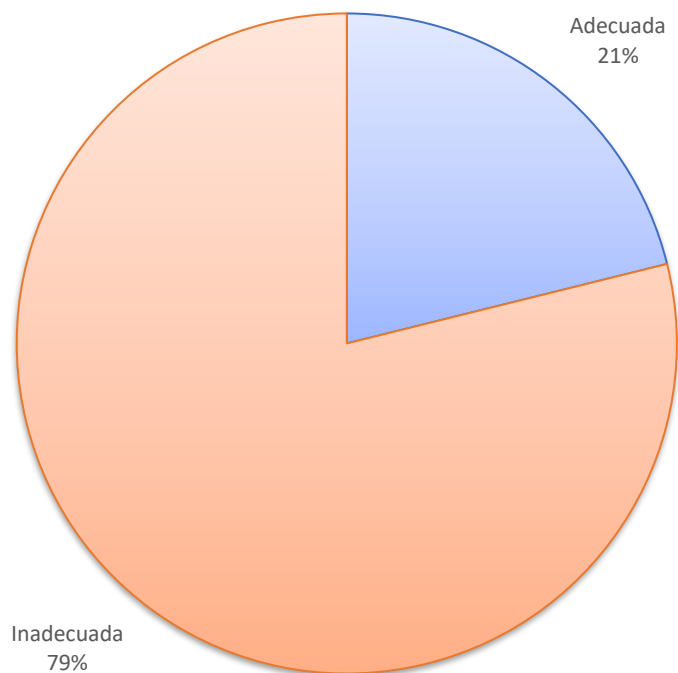


El análisis de la percepción de adecuación en el dominio de comunicación mostró que la mayoría de las pacientes perciben como inadecuada la comunicación con sus familiares (74.6%, n=53).

Cuadro 7: Distribución por percepción del dominio de respuesta afectiva del instrumento FF

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Adecuada | 15 | 21.1% |
| Inadecuada | 56 | 78.9% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 6: Distribución por percepción del dominio de respuesta afectiva del instrumento FF

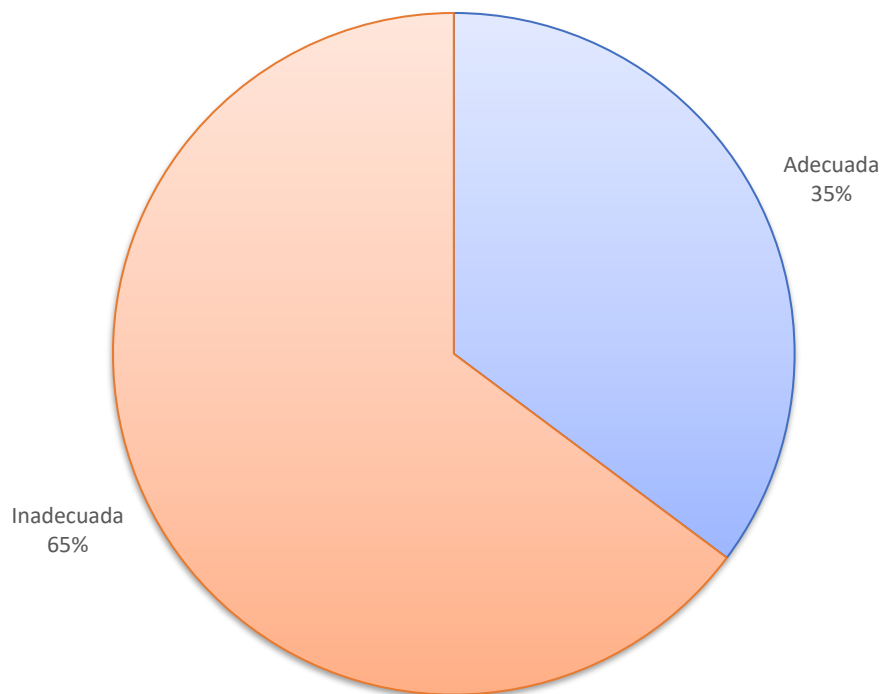


Al categorizar el dominio de respuesta afectiva se encontró más frecuente inadecuado con el 78.9% (n=56), solamente el 21.1% (n=15) de pacientes reportaron respuesta afectiva adecuada.

Cuadro 8: Distribución por percepción del dominio de resolución de problemas del instrumento FF.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Adecuada | 25 | 35.2% |
| Inadecuada | 46 | 64.8% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 7: Distribución por percepción del dominio de resolución de problemas del instrumento FF.

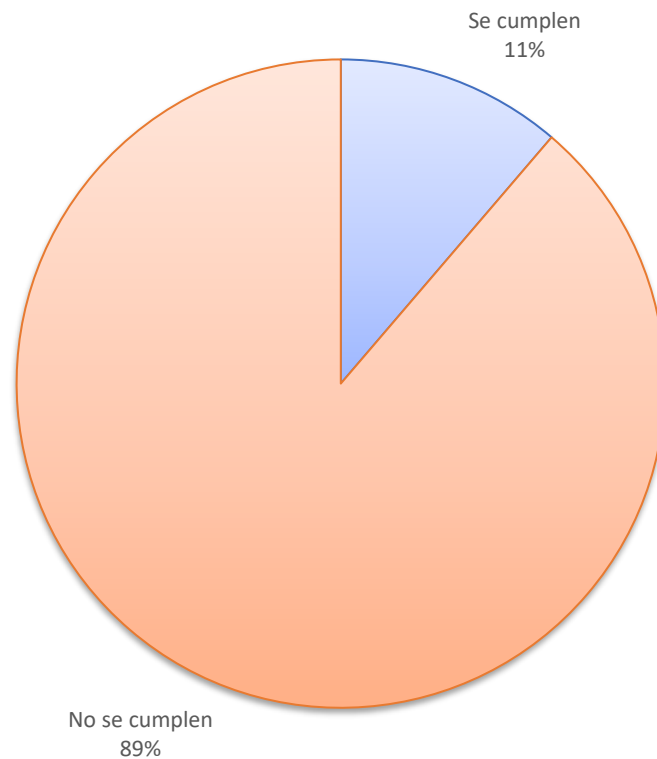


El dominio de resolución de problemas fue hallado mayormente inadecuado con el 64.8% (n=46), mientras que se halló adecuado en el 35.2% (n=25).

Cuadro 9: Distribución por percepción del dominio de roles del instrumento FF

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Se cumplen | 8 | 11.3% |
| No se cumplen | 63 | 88.7% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 8: Distribución por percepción del dominio de roles del instrumento FF

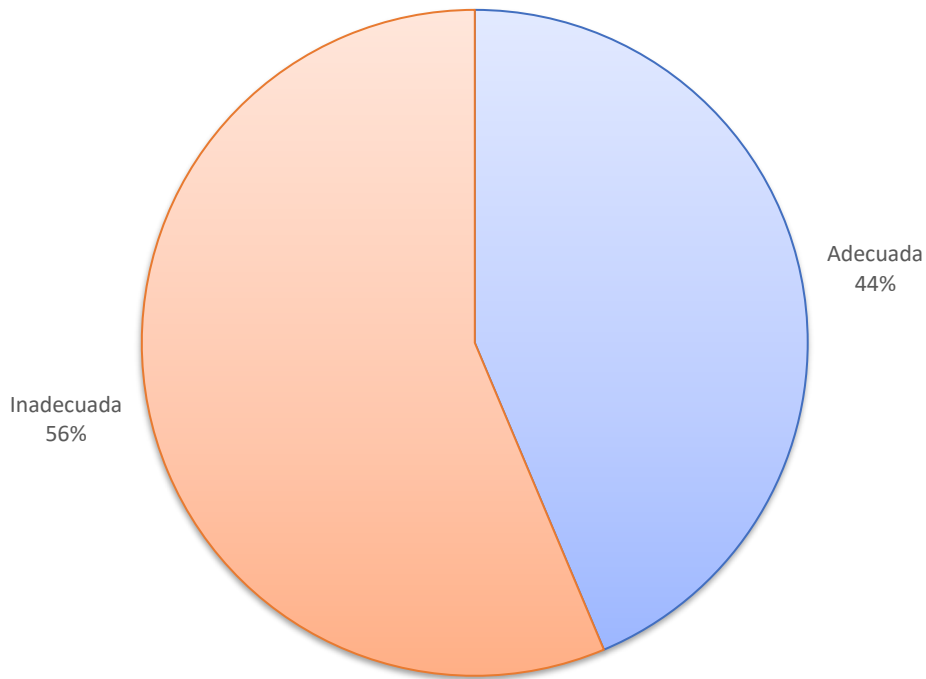


El dominio de roles fue percibido como no cumplidos con el 88.7% (n=63), mientras que se reportaron como cumplidos en el 11.3% (n=8).

Cuadro 10: Distribución por percepción del dominio de control de conducta del instrumento FF

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Adecuada | 31 | 43.7% |
| Inadecuada | 40 | 56.3% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 9: Distribución por percepción del dominio de control de conducta del instrumento FF

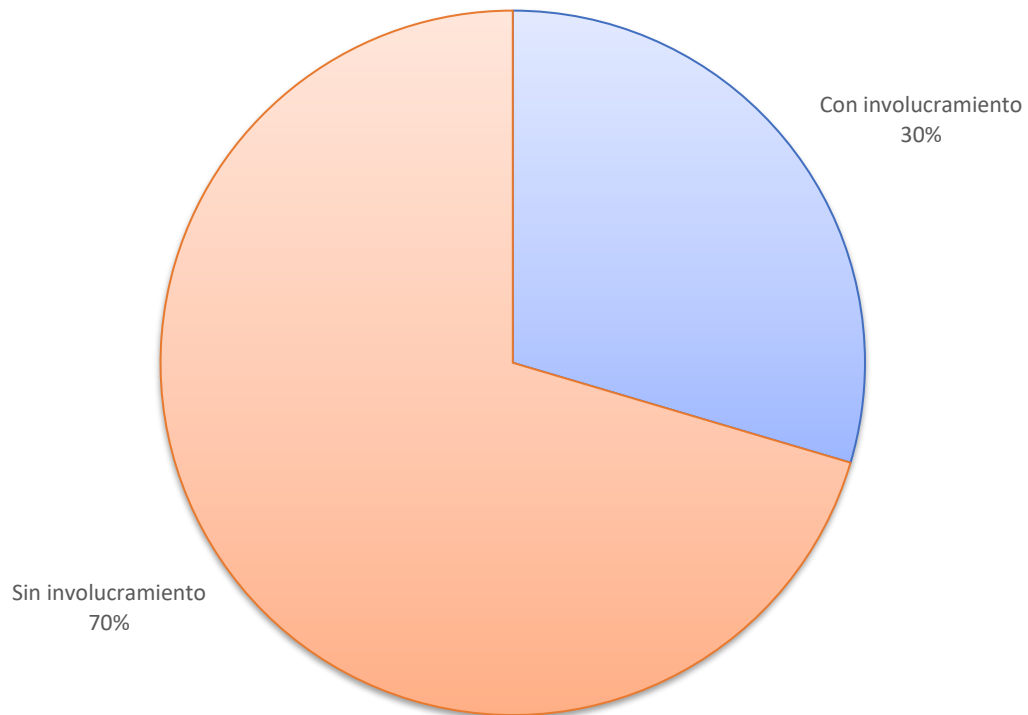


El análisis de la percepción de adecuación en el dominio de control de conducta mostró que la mayoría de las pacientes perciben como inadecuado con el 56.3%, (n=40).

Cuadro 11: Distribución por percepción del dominio de involucramiento afectivo del instrumento FF

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Con involucramiento | 21 | 29.6% |
| Sin involucramiento | 50 | 70.4% |
| Total | 71 | 100.0% |

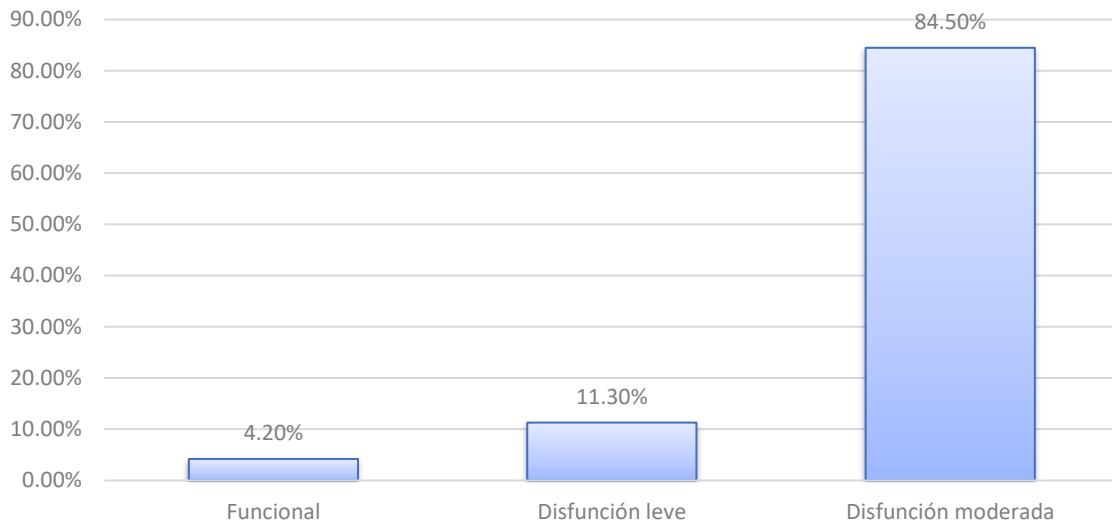
Gráfica 10: Distribución por percepción del dominio de involucramiento afectivo del instrumento FF



Cuadro 12: Distribución por percepción de la funcionalidad familiar de las pacientes estudiadas

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Funcional | 3 | 4.2% |
| Disfunción leve | 8 | 11.3% |
| Disfunción moderada | 60 | 84.5% |
| Total | 71 | 100.0% |

Gráfica 11: Distribución por percepción de la funcionalidad familiar de las pacientes estudiadas



El grado de funcionalidad familiar más frecuente en las pacientes estudiadas fue disfunción moderada al representar el 84.5% (n=60), le siguió en frecuencia disfunción leve con el 11.3% (n=8), y finalmente se halló familia funcional con el 4.2% (n=3).

16. DISCUSIÓN

La edad de las pacientes tuvo una media de 48.14 ± 6.128 años, lo que resulta similar a lo reportado por Soto et al. quien conformó una población de 250 mujeres con carcinoma mamario derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social donde la edad de las pacientes tuvo una mediana de 48 años, con un rango intercuartílico de 13 años. (31) También resulta similar a la edad reportada en el estudio de Acosta et al. quien conformó una población de estudio de 63 mujeres con cáncer de mama derechohabientes del Hospital General de Zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación

Tabasco. Se encontró que el promedio de edad fue de 49 años (rango: 34 a 88). (32)

Sin embargo, la edad de este estudio es inferior a la reportada por Velázquez et al. quien estudió a una población de 98 pacientes con cáncer de mama del HGZ/UMF No 08 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Reportando que la edad media entre las participantes fue de 57.22 ± 11.60 años. (33) También con un reporte de edad superior al de este estudio, Olamendi et al. por medio del estudio de una población de 203 pacientes con cáncer de mama derechohabientes del Hospital General de Zona con UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social" halló que la edad de las pacientes tuvo una media de 55 ± 7.17 años. (34)

El estado civil predominante fue el de casado con el 45.1%, lo que resulta plenamente concordante con el reporte realizado por Velázquez et al. quien halló que en cuanto al estado civil hubo una mayor frecuencia de mujeres casadas con el 57.1%, seguido por mujeres viudas con el 15.3%, seguido de pacientes solteras con el 13.3% y por último divorciadas y en unión libre con el 7.1% respectivamente. (33) Sin embargo, el hallazgo de este estudio difiere del hallado por Acosta et al. donde predominaron las mujeres sin pareja al representar el 50.8%, mientras que las mujeres con pareja representaron el 49.2%. (32) Respecto al estado civil, el contar con pareja permite a la paciente tener un mayor acceso a un apoyo social y psicológico lo que consecuentemente disminuye significativamente el nivel de angustia ansiedad y estrés. (31)

Las composiciones familiares más frecuentemente halladas fueron las de biparental extendida y biparental simple. Este resultado se muestra concordante con el realizado por Olamendi et al. quien halló que la composición familiar más frecuentemente hallada fue la de familia nuclear simple al representar el 73.4% de las pacientes, mientras que se reportaron familias extensas en el restante 26.6%. (34) El hallazgo de este estudio también es concordante con el hallado por Soto et al. en donde predominó la tipología familiar nuclear al representar el 63%, seguido de aquellas familias seminucleares con el 36% y finalmente aquellas familias compuestas con el 1%. (31)

En este estudio el grado de funcionalidad familiar más frecuente fue disfunción moderada con el 84.5%. Este resultado es plenamente concordante al reportado por Soto et al. quien reportó que la funcionalidad familiar fue percibida mayormente como disfuncional en el 58% de pacientes, mientras que el restante 42% de mujeres reportó una familia funcional. (31) También es concordante con el reporte de Acosta et al. quien reportó que el 46% de mujeres percibía una familia moderadamente funcional, seguido por aquellas mujeres que percibían una familia funcional las que representaron el 41.3%, seguido de mujeres con percepción de familia disfuncional con el 11.1% y finalmente aquellas mujeres que percibieron familia severamente disfuncional con el 1.6%. (32)

Sin embargo, de manera contradictoria a este estudio Olamendi et al. reportó que la mayoría de las pacientes reportaron buena funcionalidad familiar (50.2%), mientras que el 49.8% percibieron como disfuncional a su familia. (34) Y también en contradicción a este estudio, Velázquez et al. halló mayormente funcionalidad familiar adecuada con el 84.7%, seguido de mujeres con percepción de funcionalidad familiar con moderada disfunción con el 10.2%, y finalmente la percepción de familia altamente disfuncional con el 5.1%. (33)

En el análisis por dominios de funcionalidad familiar, en este estudio se encontró que de manera generalizada, todos los dominios que conforman la escala FF tuvieron percepciones negativas por parte de las pacientes, siendo los más afectados: roles (88.7%), respuesta afectiva (78.9%) y comunicación (74.6%). Este resultado es similar al reportado por Olamendi et al. quien halló que los dominios más afectados fueron: afecto negativo (92.1%), comunicación (83.7%), control (80.8%) y recurso (70.4%). (34)

El hecho que se encuentren similitudes en los dominios afectados de la funcionalidad familiar en mujeres con carcinoma mamario es explicable por el hecho que las familias que afrontan el diagnóstico de cáncer de un miembro de la familia experimentan un efecto en el funcionamiento familiar. En primer lugar, el cáncer puede hacer que cambie el modelo de interacción familiar: un diagnóstico de cáncer puede causar una carga excesiva en un miembro de la familia debido a un rol

excesivo. En segundo lugar, el cáncer es una enfermedad impredecible y hace que los miembros de la familia se vean obligados a cambiar o retrasar sus planes personales futuros y priorizar las necesidades del paciente. El efecto de retrasar los planes para el futuro puede alterar la estabilidad del funcionamiento familiar y las familias pueden sentir que no tienen futuro. En tercer lugar, el cáncer provoca cambios en el funcionamiento familiar en grupos externos, como oficinas, escuelas o vida social. (35)

En una familia, el cáncer provoca cambios en la identidad familiar, los roles y funciones cotidianas. Como resultado, la dinámica de roles en la familia también cambia, de modo que el cuidador familiar tiene un papel dual en la familia. Por lo tanto, estos cambios resultan en un desequilibrio en el funcionamiento familiar. (35) En este entorno cambiante, la comunicación dentro de la familia es un componente vital de la funcionalidad familiar, en vista que permite a los miembros y la familia tener la capacidad de discriminar comportamientos, además de poder comprender las necesidades de los demás miembros y poder proporcionar un apoyo efectivo. (36)

En el caso específico de los supervivientes de cáncer, la necesidad urgente de comunicarse con su familia sobre el cáncer más allá de la comunicación general puede ser la forma en que lo hacen, ya que la comprensión mutua del cáncer puede ser útil para mejorar la adaptación del superviviente y de la familia a la enfermedad. La toma de decisiones compartida dentro de la familia puede ser eficaz para obtener información sanitaria a través de una comunicación de calidad y, en última instancia, dar como resultado una mejor calidad de la atención oncológica y una mayor satisfacción para los supervivientes. (37) Se ha hallado que en familias con miembros que son pacientes de cáncer de mama hay una interrupción de la comunicación, que es una dimensión del funcionamiento familiar. Además, la interrupción de la comunicación es la diferencia en las necesidades de comunicación, las estrategias de afrontamiento y la capacidad de los participantes para expresar emociones. (35)

17. CONCLUSIONES

Con los hallazgos del estudio se puede concluir en las pacientes diagnosticadas con carcinoma mamario adscritas a la UMF 11 durante el periodo 2018-2022 tienen una percepción de disfunción familiar leve, siendo las áreas mayormente afectadas las de roles, respuesta afectiva y comunicación.

Es por estos hallazgos que se hace necesaria la intervención en el núcleo familiar de la paciente con cáncer de mama para mejorar la forma en que se comunican los integrantes de la familia, además de permitirles establecer los roles familiares adecuados y mejorar la respuesta afectiva; esto permitirá la complementación del tratamiento de la paciente y mejorará significativamente la calidad de vida tanto de la paciente como del núcleo familiar.

Además, se hace necesario futuros estudios que estudien los factores de riesgo de disfunción familiar en las pacientes con carcinoma mamario por medio de modelos de regresión logística, esto para poder delimitar poblaciones en alto riesgo de sufrir disfunción familiar.

18. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- M.T. Arceo-Martínez, et al. Cáncer de mama en mujeres mexicanas. Gaceta mexicana de oncología 2021, fecha de acceso 26-07-2021, N. pag. 10.
- 2.- INEGI Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre) comunicado de prensa núm. 462/20, 15 de octubre 2020, pag.7
- 3.- Valle-Solís AE, et al: Supervivencia en cáncer de mama por subtipo mediante inmunohistoquímica: un estudio retrospectivo. Gaceta medica de México 2019; 155 (Suppl): 850-855, disponible en PubMed.
- 4.- Acosta-Zapata E, et al: Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, Horizonte sanitario / vol. 16, no. 2, mayo-agosto 2017
- 5.- Flores-Garay A., et al: El afrontamiento y la familia como factores protectores y terapéuticos e la adherencia al tratamiento de pacientes con cáncer de mama; Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica, volumen 37, no. 5, 2018
- 6.- Mejía-Rojas MA, et al: Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia; Biomédica 2020; 40: 349-61.
- 7.- Fajardo-Rocha H, et al: Competencias del cuidador familiar para cuidar a su familiar que recibe quimioterapia, revista ciencia y cuidado, 2019; 16 (2): 95-107.
- 8.-Bohorquez-Montero CE, et al: Factores familiares asociados a conocimientos y práctica frecuente del autoexamen mamario en mujeres rurales; Revista salud bosque 2021; 11 (2): 1-10.
- 9.- Enríquez-Reyna MC, et al: Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México. Hispanic Health International XX (X), 2018.

- 10.- Guía de práctica clínica Prevención y Diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención, catalogo maestro GO-001-55-2008.
- 11.- Guía de práctica clínica Prevención y Diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención, catalogo maestro GO-001-55-2008.
- 12.- Instituto nacional de salud pública. Instituto Nacional de salud Pública. Aportaciones a la salud de los mexicanos. Cuernavaca, México. INSP 2017
- 13.- Alvarez-Hernandez C, et al: Actualización del cáncer de mama en Atención primaria (III/V), Medicina de familia semergen 2017
- 14.- Palmero PJ, et al: Cáncer de mama una visión general, Acta Med grupo Ángeles. 2021; 19 (3): 354-360.
- 15.- López A. Gustavo, Cáncer de mama, serie de guías ESMO basada en la guía de práctica clínica de la ESMO 2018.
- 16.- Arce-Salinas C. et al: Cáncer de mama, Onco guía, Cancerología 6 (2017) 77-86
- 17.- American cancer society. Tratamiento de cáncer de seno, septiembre 2019
- 18.- Bargallo-Enrique et al: Cáncer de mama, Instituto nacional de cancerología 20117
- 19.- Mendoza-Solís, LA, et al: análisis de la dinámica familiar y funcionalidad familiar en atención primaria, archivos en medicina familiar. Vol. 8 núm. 11, enero-abril 2019 PP. 27-32.
- 20.-Davalos-Martinez Alfonso et al: funcionalidad familiar y violencia en mujeres adolescentes de Acapulco, México. Año VIII un, edición especial periodo julio 2021
- 21.- García-Zavala Gabriela p. et al: influencia de la estructura y funcionalidad familiar e la resiliencia de adolescentes en situación de pobreza. Perspectiva de familia 4, PP. 27-45 2019.

- 22.- Hernández, N; Sala A. y Altuve JJ, (2020) afrontamiento funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 30(2), 61-172.
- 23.- Galan-Gonzalez Edna F. et al: funcionamiento familiar y estilos de vida saludable en pacientes con cáncer colorrectal según características sociodemográficas. *Horizonte enfermería* 020 31,1 58-74.
- 24.- Oropesa-Henriquez Y. afectación a la salud familiar por diagnóstico de cáncer en adultos mayores. *Revista Finlay*, 2019. 9 (3).
- 25.- International journal of developmental and educational psychology INFAD revista de Psicología Núm. 1 monográfico 3, 2019 ISSN: 0214-9877, PP. 95-106
- 26.- Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica. Resiliencia y cáncer de mama: una revisión sistemática, volumen 39 núm. 3 2020
- 27.- Ruiz-González, Paula, et al: Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *International journal of developmental an esducational psychology* vol. 4, 1, 2019.
- 28.- International journal of developmental and eduactional psychology. Estrategias de mujeres con cáncer de mama. *INFAD revista de psicología* no1 monográfico 4, 019, ISSN: 0214-9877, PP. 279-290
- 29.-Franco S.Zuluoaga M.A. vinanccia S. Raleigh R. y Martínez G. (2019), Variables salutogenicas y patogénicas, imagen corporal y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama *Psicología y Salud* 29 (2) 225-235.
- 30.- Barreras-Miranda MI, Muñoz-Cortés G, Pérez-Flores LM, Gómez-Alonso C, Fulgencio-Juárez M, Estrada- Andrade ME. Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Aten Fam.* 2022; 29(2):72-78. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>
- 31.- Soto P, Salazar F, Ramírez DH, Valle C, Medina JM, Flores J. Crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama. *Atención Familiar* 2022; 30(1):9-14

- 32.- Acosta E, López C, Martínez ME, Zapata R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario* 2017; 16(2):139-148
- 33.- Velázquez W. Funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama. [Tesis de especialidad] México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptb2010/septiembre/0661664/Index.html>
- 34.- Olamendi DL, Espinoza G, Vilchis E, Sánchez H. IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF N°8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. [Tesis de especialidad] México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2014/agosto/0716869/Index.html>
- 35.- Andina MP, Pohan LD. Correlation between family functioning and caregiver burden among family caregivers of patients with breast cancer. En: 2nd International Conference on Intervention and Applied Psychology 2019; 391-404
- 36.- Biffi RG, Mamede MV. Percepción del funcionamiento familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: diferencias de género. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2010; 18:269-277
- 37.- Lim JW, Ashing-Giwa KT. Is family functioning and communication associated with health-related quality of life for Chinese-and Korean-American breast cancer survivors?. *Quality of Life Research* 2013; 22:1319-1329

19. ANEXOS

19.1. ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUMERO 11.

Tapachula Chiapas a 24 de enero de 2025

No. De registro institucional: _____

Título del protocolo: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA ADSCRITAS A UMF 11 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO 2018-2022

Justificación y objetivo de la investigación: Nos encontramos ante una problemática de salud pública y de los más desafiantes para el sistema de salud con un aumento en el número de casos de pacientes con cáncer de mama en nuestro país. De manera que en el estudio deseamos el conocer el entorno familia y la historia natural de pacientes con cáncer de mama la existencia del manejo situacional oportuno o no, el cual nos permitirá establecer diagnósticos de funcionalidad familiar diferenciar el comportamiento y así poder complementar de manera oportuna estrategias de afrontamiento en pacientes de la unidad médica familiar n° 11 de Tapachula Chiapas

Procedimientos y duración de la investigación: Si usted acepta participar en el estudio, se realizará la revisión de su expediente electrónico donde se obtendrá información relacionada con cáncer de mama Posteriormente se le pedirá que responda un cuestionario en el que preguntaremos datos personales y un cuestionario para determinar el apoyo familiar posterior al diagnóstico de cáncer de mama.

Riesgos y molestias: Las derivadas del tiempo invertido en contestar el cuestionario, aproximadamente 15 minutos, los demás datos serán obtenidos exclusivamente del expediente electrónico de la unidad de adscripción de medicina familiar, por lo que no implica ningún riesgo a su salud e integridad.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: La información obtenida de este estudio, no tendrá un beneficio directo en usted como participante, sin embargo, de los resultados obtenidos, el instituto podrá tener mayor conocimiento sobre el impacto del funcionamiento familiar en pacientes con cáncer de mama, lo que podrá sustentar nuevas políticas en salud dirigidas a la creación de estrategias de prevención y mejorar las condiciones de vida del paciente

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: La información obtenida de este estudio es con el objetivo de generar información relacionada al impacto que puede generar el tener un adecuado funcionamiento familiar en pacientes con cáncer de mama

Participación o retiro: Usted es libre de retirarse del estudio cuando usted así lo decida, es importante mencionarle que eso no repercutirá en ninguna forma en la atención médica brindada por el Instituto; se le seguirán ofreciendo los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica. Es decir que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios

Privacidad y confidencialidad: La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial, además se le asignará un número de folio para identificar sus datos y este número será usado en lugar de su nombre en las bases de datos

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a: Investigadora o Investigador Responsable: Joseelyn Cigarroa Villarreal. Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Matricula 97072218. **Teléfono y horario** 664-547-04-41 correo electrónico: joyciv05@gmail.com 8:00hrs a 14:00hrs

Colaboradora Asesora. Dra. Adriana Hernández Hernández, matricula IMSS 98072052, correo electrónico: adrern1206@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Declaración de consentimiento:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio |
| <input type="checkbox"/> | Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros |

Nombre y firma del
participante

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Nombre y firma del
testigo 1

Nombre y firma del
testigo 2

Clave 2810-009-013
Clave: 2810-003-002

19.2. ANEXO 2 CUESTIONARIO FF PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

| Reactivos | Dominio |
|--|---------|
| 1. ¿Te sientes con el apoyo necesario de tu familia para enfrentar tus problemas? | 2 |
| 2. ¿Estás satisfecho con el apoyo de tu familia ante tus problemas? | 3 |
| 3. ¿Te sientes satisfecho como se hablan los problemas en casa? | 3 |
| 4. En tu familia, ¿se reúnen para hablar sobre los problemas que están pasando? | 3 |
| 5. ¿Se plantea siempre cómo resolver los problemas entre familia? | 3 |
| 6. ¿Crees recibir el apoyo necesario de los miembros de tu familia para enfrentar algún problema? | 3 |
| 7. En tu familia, ¿todos participan en la toma de decisiones para enfrentar los problemas? | 3 |
| 8. ¿Estás satisfecho en la toma de decisiones en casa ante los problemas? | 3 |
| 9. Ante un problema, ¿se cumple lo que han propuesto para solucionarlo? | 4 |
| 10. ¿Ante la resolución de un problema familiar, se reúnen para ver la satisfacción del mismo? | 5 |
| 11. ¿Sientes que los miembros de tu familia están al pendiente de que tus problemas se resuelvan? | 1 |
| 12. ¿Las acciones ante los problemas de tu familia están verificadas por ustedes? | 1 |
| 13. ¿Consideras que tu familia resuelve sus problemas? | 1 |
| 14. ¿Tienes la confianza para hablar de tus problemas con tu familia? | 5 |
| 15. ¿Los miembros de tu familia pueden decirse lo que sienten entre ellos? | 1 |
| 16. ¿Te sientes con la seguridad de hablar con tu familia de tus necesidades? | 1 |
| 17. ¿Te sientes satisfecho sobre cómo se comunican los problemas en tu familia? | 1 |
| 18. ¿Eres capaz de decirle a tu familia lo que sientes? | 2 |
| 19. ¿Tu familia se compromete con tus actividades de vida? | 1 |
| 20. ¿Cuándo logras algo, a los demás miembros de tu familia les gusta comentárselo a la demás gente? | 2 |
| 21. ¿Los miembros de tu familia quieren ser los primeros en saber todo lo que has logrado ya que posiblemente podrán ser involucrados en ello? | 2 |

| | |
|---|---|
| 22. ¿Tu familia se compromete en todas tus actividades sin esperar nada a cambio? | 2 |
| 23. ¿Cuando estás en casa existen límites sobre el respeto y la obediencia entre los integrantes de la familia? | 1 |
| 24. ¿Sientes que los miembros de tu familia pueden expresar lo que sienten? | 6 |
| 25. ¿Eres libre de decirle a los miembros de tu casa cuánto los quieres? | 1 |
| 26. Si evaluaras a tu familia, ¿crees que todos cumplen con sus actividades? | 1 |
| 27. Cuando existe un problema, ¿se resuelve con base en la decisión del jefe de la casa? | 6 |
| 28. ¿Para enfrentar las necesidades de los miembros de la casa, la decisión es tomada por un solo miembro? | 4 |
| 29. ¿Cuándo hay problemas en la familia todos pueden opinar para resolverlo? | 4 |
| 30. ¿Para llevar a cabo algo en la familia se consideran las opiniones de todos los integrantes? | 2 |
| 31. ¿Cuándo existe una situación en el que algún miembro corre algún riesgo todos los demás buscan apoyar? | 5 |
| 32. ¿Sientes que en tu casa cuentas con toda la comodidad para estar estable? | 2 |
| 33. ¿Te sientes satisfecho con el amor a tus padres? | 2 |
| 34. ¿Crees que tu familia se interesa porque tengas una buena salud? | 4 |
| 35. ¿Sientes que eres considerado en tu familia para realizar las actividades del hogar? | 4 |

19.3. ANEXO 3 CUESTIONARIO DE FF FUNCIONALIDAD FAMILIAR



CUESTIONARIO DE FF DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR



NOMBRE _____ EDAD _____

NSS _____ UMF _____

TIPOLOGIA FAMILIAR _____

| Reactivos | |
|---|--|
| 1. ¿Te sientes con el apoyo necesario de tu familia para enfrentar tus problemas? | |
| 2. ¿Estás satisfecho con el apoyo de tu familia ante tus problemas? | |
| 3. ¿Te sientes satisfecho como se hablan los problemas en casa? | |
| 4. En tu familia, ¿se reúnen para hablar sobre los problemas que están pasando? | |
| 5. ¿Se plantea siempre cómo resolver los problemas entre familia? | |
| 6. ¿Crees recibir el apoyo necesario de los miembros de tu familia para enfrentar algún problema? | |
| 7. En tu familia, ¿todos participan en la toma de decisiones para enfrentar los problemas? | |
| 8. ¿Estás satisfecho en la toma de decisiones en casa ante los problemas? | |
| 9. Ante un problema, ¿se cumple lo que han propuesto para solucionarlo? | |
| 10. ¿Ante la resolución de un problema familiar, se reúnen para ver la satisfacción del mismo? | |
| 11. ¿Sientes que los miembros de tu familia están al pendiente de que tus problemas se resuelvan? | |
| 12. ¿Las acciones ante los problemas de tu familia están verificadas por ustedes? | |
| 13. ¿Consideras que tu familia resuelve sus problemas? | |
| 14. ¿Tienes la confianza para hablar de tus problemas con tu familia? | |
| 15. ¿Los miembros de tu familia pueden decirse lo que sienten entre ellos? | |
| 16. ¿Te sientes con la seguridad de hablar con tu familia de tus | |

| | |
|--|--|
| necesidades? | |
| 17. ¿Te sientes satisfecho sobre cómo se comunican los problemas en tu familia? | |
| 18. ¿Eres capaz de decirle a tu familia lo que sientes? | |
| 19. ¿Tu familia se compromete con tus actividades de vida? | |
| 20. ¿Cuándo logras algo, a los demás miembros de tu familia les gusta comentárselo a la demás gente? | |
| 21. ¿Los miembros de tu familia quieren ser los primeros en saber todo lo que has logrado ya que posiblemente podrán ser involucrados en ello? | |
| 22. ¿Tu familia se compromete en todas tus actividades sin esperar nada a cambio? | |
| 23. ¿Cuando estás en casa existen límites sobre el respeto y la obediencia entre los integrantes de la familia? | |
| 24. ¿Sientes que los miembros de tu familia pueden expresar lo que sienten? | |
| 25. ¿Eres libre de decirle a los miembros de tu casa cuánto los quieres? | |
| 26. Si evaluaras a tu familia, ¿crees que todos cumplen con sus actividades? | |
| 27. Cuando existe un problema, ¿se resuelve con base en la decisión del jefe de la casa? | |
| 28. ¿Para enfrentar las necesidades de los miembros de la casa, la decisión es tomada por un solo miembro? | |
| 29. ¿Cuándo hay problemas en la familia todos pueden opinar para resolverlo? | |
| 30. ¿Para llevar a cabo algo en la familia se consideran las opiniones de todos los integrantes? | |
| 31. ¿Cuándo existe una situación en el que algún miembro corre algún riesgo todos los demás buscan apoyar? | |
| 32. ¿Sientes que en tu casa cuentas con toda la comodidad para estar estable? | |
| 33. ¿Te sientes satisfecho con el amor a tus padres? | |
| 34. ¿Crees que tu familia se interesa porque tengas una buena salud? | |
| 35. ¿Sientes que eres considerado en tu familia para realizar las actividades del hogar? | |