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 PACIENTES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF 11"

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

PRESENTA:
DR. MARIO AGUILAR AGUILAR

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 PACIENTES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF 11"

FEBRERO 2022

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER

EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR MARIO AGUILAR AGUILAR

ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLOGICO:

DR. LUDVICK TORRES LOPEZ

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 PACIENTES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF 11"

AUTORIZACIONES

DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.

IMSS
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

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

IMSS
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 11

DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR UMF No 11.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS
Por permitirme culminar la residencia y bendecirme siempre.

A MIS PADRES Y HERMANOS
Por el apoyo, comprensión y amor siempre brindado.

A MIS HIJOS Y ESPOSA
Por su paciencia, amor, y apoyo brindado siempre, lamento haber llegado tarde.

A MIS MAESTROS DE LA RESIDENCIA
Por sus enseñanzas, consejos ya que son quienes me formaron en esta especialidad de medicina familiar, especialmente a quien me dijo si en verdad se quiere se puede (DR Pedro Sánchez), son muchos quienes recuerdo y ustedes saben que no caberian en este texto, muchas gracias!

A MI ASESOR DE TESIS
Especialmente por su gran y valioso apoyo en la realización de esta tesis, además por sus consejos y enseñanzas.

A MIS AMIGOS

Alejandra Coutiño por apoyarme en la tesis
Sivi Gavi Roblero por sus hermosa amistad y apoyo moral
Mis nuevos amigos y colegas en la residencia por ser parte de una nueva familia

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF 11”

ÍNDICE

TITULO	5
ÍNDICE	6
IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	7
RESUMEN	8
MARCO TEÓRICO	10
JUSTIFICACIÓN	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
OBJETIVOS	22
HIPÓTESIS	23
MATERIAL Y MÉTODOS	24
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS, TECNOLÓGICOS Y FINANCIEROS	41
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	42
ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	55

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

TESISTA

NOMBRE:	Dr. Mario Aguilar Aguilar
PROFESIÓN:	Médico Residente en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 11.
ADSCRIPCIÓN:	Dirección: Anillo Periférico Sn, Los Naranjos, I.M.S.S., 30700
LUGAR:	Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chiapas.
TELEFONO	9621064505
CORREO ELECTRÓNICO:	aguilarmarioaguilar@gmail.com

ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO:

NOMBRE:	Dr. Ludvick Torres López
PROFESIÓN:	Especialista en medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 11.
DOMICILIO:	Dirección: Anillo Periférico Sn, Los Naranjos, I.M.S.S., 30700
LUGAR:	Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chiapas.
TELEFONO:	9621559903
CORREO ELECTRÓNICO:	Ludvick.torres@imss.gob.mx

RESUMEN

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA DE LA UMF 11”

Investigador principal e investigadores asociados.

Dr. Torres López Ludvick. Adscripción Médica: UMF No. 11. Tapachula, Chiapas. Matricula 99079746.

Dr. Mario Aguilar Aguilar. Adscripción Médica UMF No. 11. Tapachula, Chiapas. Matricula 99075957.

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

Número de participantes de la UMF 11: Pacientes con cáncer de mama se encuentren acudiendo a control dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 y que esté incluido en el censo ARIMAC en período de Enero- Octubre 2021, con edad de 40 a 60 años de edad.

Introducción: El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes en México de acuerdo a lo reportado por la Organización mundial de la Salud por género específico en mujeres, siendo considerada de las principales causas de mortalidad, a pesar de su detección precoz y tratamiento adecuado. La enfermedad neoplásica pueden amenazar el curso evolutivo de una familia, ya todo gira entorno del miembro de la familia que se encuentra con desequilibrio biológico, psicológico aumentado la vulnerabilidad con la intensidad en la que se percibe esta enfermedad hasta llegar a afectar el equilibrio familiar. Sabiendo existen varios instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, como son el genograma para poder identificar la tipología familiar, el Apgar Familiar cuya función como acróstico evaluando funciones básicas en la percepción mediante las cinco funciones básicas Adaptación, Participación, Afectividad. Así también Fases III que evalúa la cohesión y adaptabilidad. Sin embargo se utilizara FF-SIL para así evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide 7 diferentes categorías (cohersión, comunicación, armonía, permeabilidad, efectividad, roles y adaptabilidad) permitiendo observar las características en las

relaciones entre los miembros de la familia para la adecuada identificación de la familia, midiendo así la percepción de la función familiar.

Objetivo general: Determinar la función familiar en pacientes con cáncer de mama de la UMF 11.

Resultados

Se encontró en estudio, que las pacientes con cáncer de mama el 63.6% tienen primaria, el 78% son pensionadas, el 41% son viudas, el 91% pertenecen al área urbana, en Birads 5-6 se encuentran el 63.6% presentando comorbilidad de obesidad el 41%.

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró 84% son funcionales, y solo un 9% son moderadamente funcionales y solo el 7% son familias disfuncional. Mediante la aplicación del instrumento se asemejan los datos obtenidos en cuanto a la permeabilidad puesto que se dificulta su capacidad de intercambiar experiencias con otras familias, la adaptabilidad es afectada, y la comunicación es afectada de igual forma, al no contar con la capacidad de brindar o recibir las experiencias, por igual la adaptabilidad que es la habilidad en cuanto a cambiar se vio afectada, en cuanto a la comunicación siendo que no son capaces de transmitir emociones, experiencias, deseos en forma directa y clara.

Conclusiones:

Se determinó que en su mayoría son familias funcionales, de las cuales solo una minoría son disfuncionales sobre todo en la permeabilidad, a pesar del grado de BI-RADS que presentan siendo el BI-RADS 5-6 en que si existe una relación entre éste y la funcionalidad familiar, en cuanto al tiempo con el diagnóstico de cáncer de mama y la funcionalidad fue mínima. Por lo que se debe trabajar desde inicios del diagnóstico en estas áreas de comunicación familiar en beneficio del bienestar familiar.

MARCO TEÓRICO

Cáncer de mama

Definición

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento no medido de células que pueden diseminarse a otras partes del cuerpo, su causa está relacionada a factores externos conocidos como son el consumo de hormonas, tabaco, o la exposición a contaminantes y a factores internos como son la herencia, las mutaciones genéticas. (1)

El cáncer se considera una enfermedad crónica que impone estrictas demandas a la todos los integrantes de la familiar, debido a que se incrementa la dependencia de la paciente para realizar sus actividades de la vida diaria, teniendo episodios de incapacidad sensorial, motora y/o cognitiva. (2)

LA FAMILIA Y EL CÁNCER DE MAMA

La familia es un conjunto de personas relacionadas por consanguineidad o relación legal, estas relaciones tienden a ser cambiantes o están sujetas a diversas influencias, que pueden ser internas o externas, siendo las influencias internas las que están dadas por cada uno de los integrantes que conforman la familia nuclear, mientras las influencias externas son las generan otras familias que pueden llegar a tener influencias. (3)

La funcionalidad familiar definida como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital familiar y las crisis en las que atraviesa, pero se han identificado afección en su desarrollo por enfermedades de tipo oncológico, como es el cáncer de mama. (3)

Se identificó que las pacientes con enfermedad oncológica tienen impacto en la calidad de vida y en las relaciones sociales, estas alteraciones conllevan cambios

en las pacientes a un periodo de aislamiento, soledad y negación que genera alteración en las relaciones con familiares y amistades. (4)

La vida social de las pacientes con enfermedades oncológicas es mínima, debido a que se encuentran en tratamiento hospitalario o ambulatorio, con el fin de tratar la enfermedad o en su defecto disminuir la recidiva tumoral. (4)

Las pacientes que cuentan con familia, tienen mayor proporción de casos con alta energía, con capacidad para enfrentarse a las heridas físicas y psicológicas que esté desencadenando una enfermedad tumoral. Estas enfermedades generan estrés constante en todas las familias, que las lleva a tomar decisiones abruptas y solidarias por el bien de la paciente. (4)

Los aspectos que está relacionada la familia son el psicológico, el apoyo físico y social, esto permite ayudar a las pacientes con el cáncer de mama a luchar por recuperar su antiguo estilo de vida o tener la mejor calidad de vida posible. Al tener cambios radicales en los integrantes de la familia, se han fortalecido o se han seccionado debido a la presión que se tiene por el resto de integrantes. (4)

Las familias tienden a pasar constantemente por ciclos de desamparo, enojo, esperanza, ambigüedad, falta de control, frustración, de ajuste y readaptación, pero la confrontación de esta experiencia al recibir el diagnóstico de cáncer o reportar su recidiva forma dentro de la familia, un nuevo sistema de demandas y constricciones que se modifican radicalmente el comportamiento por cada individuo. (4)

Los sentimientos que se despiertan en la paciente con cáncer y en los integrantes de la familia van desde la desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva. (4)

Las enfermedades oncológicas en las pacientes han demostrado crear un ambiente de cas, que conllevan el potencial de desintegración o en su defecto la oportunidad de fortalecer la relación con los integrantes de la familia, durante la enfermedad aguda, en la recuperación y en el periodo de observación. (4)

La familia debe tener la capacidad de adaptación y comprensión de las pacientes con cáncer debido a la lucha mental por enfrentar la enfermedad, así como la alteración en la capacidad física por estar sometida a tratamiento quirúrgicos, por quimioterapia y radioterapia, que tienen alta frecuencia de eventos adversos. (4)

Las reacciones adversas por el tratamiento como la menopausia anticipada, esterilidad, anovulación, amenorrea, atrofia vaginal y sofocación conlleva empeoramiento de los síntomas, se suspende la actividad sexual por malestar físico y mental, además, de la disminución en la calidad de vida. Para que las pacientes con cáncer de mama tengan aceptación de la enfermedad, es sumamente díficil, esto repercute en síntomas como miedo, incertidumbre, ansiedad, preocupación y angustia. (5)

Las familias que tienen una integrante de cáncer de mama ameritan atención psicológica debido a la afección social, económica y efectiva para abordar las necesidades de las sobrevivientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. (5)

La calidad de vida de vida de los pacientes que tienen lesiones oncológicas de alto grado, se ven afectados, principalmente cuando se tienen alteraciones de las alteraciones psicológicas, sociológicas y del entorno que ofrecen un enfoque más integral en relación con la calidad de vida. (5)

Cuando una paciente está afectada por lesiones de alto riesgo en la mama, la familiar hace empatía con su padecimiento y brinda la atención suficiente, sin

embargo, los integrantes que no lo realizan llegan a proporcionar atención de diferente forma. (7)

La funcionalidad familiar permite enfrentar y superar en si cada una de las etapas de crisis, sin embargo, no siempre la atención puede encontrarse en la familia, para ello, se han creado organizaciones que apoyan a las pacientes afectadas por lesiones en mama. La familia ha sido el pilar de apoyo de muchas pacientes que padecen cáncer, presentan colapso generalizado caracterizado por una crisis de organización, los eventos adversos que se presentan son desgaste físico, económico y emocional en todos los integrantes de la familia, por ello, se deben emplear instrumentos que permitan valorar la funcionalidad familiar. (8)

FF-SIL

En cuanto al cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL realizado por Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C. (1999). Diseñado para centrar la problemática dentro de un sistema familiar

Funcionalidad Familiar:

El funcionamiento familiar ha sido considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre miembros de una familia y se evalúa a través de las 7 categorías.

Las categorías son:

- La Cohesión: Es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- La Armonía: Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- La Comunicación: En los miembros de la familia son capaces de trasmitir sus experiencias de forma directa y clara.
- La Permeabilidad: Es la capacidad de la familia de brindar y recibir las experiencias de otras familias e instituciones.

- La Afectividad: es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Los Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- La Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

En cuanto al Cuestionario

Es un instrumento que consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo así 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario.

Nº de Situaciones	**Variables que mide**
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

En cada situación, existe una escala de 5 respuestas cualitativas, las cuales a su vez tienen una escala de puntos a continuación:

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi Nunca	1 punto.
Pocas Veces	2 puntos.
A veces	3 puntos.
Muchas veces	4 puntos.
Casi Siempre	5 puntos.

Las instrucciones son:

En cada una de las 14 situaciones, que les son presentadas al familiar, la respuesta debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia.

Resultados

Ya realizado el cuestionario, se procede a sumar los puntos, lo cual determinará la categoría se encuentra el funcionamiento familiar. (9)

RESULTADO DEL CUESTIONARIO.	PUNTAJE
Familia Funcional.	De 57 a 70 puntos.
Familia Moderadamente Funcional.	De 43 a 56 puntos.
Familia Disfuncional.	De 28 a 42 puntos.
Familia Severamente Disfuncional.	De 14 a 27 puntos.

La calidad de vida de las pacientes con padecimientos oncológicos, se afecta drásticamente debido a los cambios anatómicos o en su defecto por los

tratamientos, estos van desde la mastectomía parcial o total, la quimioterapia, el malestar físico, como es el dolor, insomnio, cansancio, malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales, en ocasiones podían desempeñar sus respectivas actividades laborales, hogares y sociales. (10)

Las familias que llegan a tener a una hija, madre, esposa, con lesiones malignas de mama, ameritan tratamiento profesional, para mejorar la calidad de vida, como son las terapias psicológicas por las posibles crisis de ansiedad y depresión. (11)

La presencia del cáncer de mama cambia las relaciones con la pareja al tener redistribución de roles, apareciendo reacciones diferentes y de cómo asumir responsabilidades por parte de los padres, presenta dificultades en la comunicación, alteraciones incluso en las relaciones sexuales, cuando se tiene una familia extensa se tiende a presentar falta de apoyo, de comunicación y de desarrollo de sentimientos inapropiados.(12)

El presentar esta enfermedad, las familias reaccionan, debido al acortamiento de la vida, siendo el objetivo de basarse en la reintegración familiar, las hospitalizaciones plantean la necesidad de organizar el cuidado, imposibilitan la planificación de la vida familiar, social e incluso profesional en un corto plazo. (13)

Los estados de ánimo y las emociones de las personas son el reflejo de las cosas que les suceden, frente a patologías oncológicas tienen la capacidad de tener prejuicios, la satisfacción se obtendrá hasta que se tenga adecuada salud física y mental. (14)

Presenta incomodidad física en el estilo de vida y alteración del concepto de su autoimagen, llevándole a baja estima con disminución en la libido sexual, principalmente cuando se realice la mastectomía. (14)

La ansiedad es una vivencia común, que puede presentarse en cualquier ser humano y afecta, aproximadamente, a una de nueve personas, de hecho, en las mujeres con mastectomía identifican mayor riesgo de desarrollar perturbaciones de tipo psicopatológicas en el transcurso de su tratamiento. (14)

Epidemiología

El cáncer de mama se considera como la segunda causa de defunción a nivel mundial, se estima que en el 2015, fue responsable de 8.8 millones de defunciones, siendo la afección de uno por cada seis personas, en el 70% se presenta en países de ingresos medios y bajos. Los factores relacionados para presentar cáncer de mama, son el índice de masa corporal elevado, falta de actividad física, ingesta reducida de frutas o verduras, el consumo de tabaco y consumo de alcohol. (16)

De las lesiones de alto riesgo para desarrollar cáncer de mama, se diagnosticaron anualmente en promedio de 1.38 millones de mujeres, el 23% representaron cáncer de tipo maligno. (16)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México, documentó en mujeres de más de 20 años, llegaron a presentar neoplasia, siendo una de las causas de mortalidad, se estimó que cada nueve minutos detectaron un nuevo caso y existieron más de 60,000 mujeres de 14 años. (17)

Uno de los principales problemas de salud pública, es que puede afectar a población joven, en la etapa productiva es del 27% en México. (17)

En México las defunciones por cáncer de mama se estimó fue de 250,000 en 1980, pero ascendió a 425,000 en el 2010 con un incremento de 1.8%,

aumentando en forma continua el número de decesos, a pesar de aplicar estrategias de tamizaje. (18)

En el 2018, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó que en el 2016 hubieron 16 defunciones por cada 100,000 en edad superior a 20 años, destacando como la tercera causa de muerte por tumores malignos. (19)

México muestra que la tercera causa de mortalidad es el cáncer, representando el 12.9% de los casos por cifras del INEGI, siendo en el año 2015 fallecieron 655,688 personas por esta causa, pero en un periodo del año 2000 al 2015 fallecieron por cáncer 1,129,703 personas, desafortunadamente no se tienen cifras actualizadas o prevalencia del 2018. Se estimó que en el estado de Hidalgo se tuvieron 1,858 defunciones en el año 2015, con cáncer de mama. (20)

En el Sistema Nacional de Información en Salud se documentó que las principales neoplasias causantes de mortalidad en el año 2014 en México fue de 15.3%, siguiendo el cáncer cérvico-uterino con el 10.4%, hígado y vías biliares el 8%, de próstata con el 16.7%, la tráquea, bronquios y pulmón con el 11.3%, el estómago con el 8.1%. (21)

En México el cáncer de mama es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 25 años de edad, con 4,440 defunciones registradas. (22)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para tener cáncer de mama son:

- Obesidad
- Consumo de tabaco
- Inactividad física
- Mala alimentación
- Consumo de bebidas alcohólicas

- Infecciones genitales por papilomavirus humano
- Radiaciones ionizantes (16)

Las familias con enfermedades oncológicas padecen de síntomas como fatiga, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, limitaciones cognitivas y funcionales, disfunción sexual e incluso incertidumbre por su pronóstico. (4)

El cáncer de mama es una noticia adversa inesperada, que genera afectación emocional persistente y constante, el alivio de los síntomas provocados por la enfermedad, permite una mejora clínica, asociado con el tratamiento de la cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. (23)

Posterior al tratamiento se pueden presentar secuelas, como son plexopatía braquial, linfedema o secuelas psicológicas, que se encadenan partiendo del estrés que provoca la propia enfermedad asi a la paciente como a su entorno familiar y social. (23)

La identificación de la enfermedad oncológica en fase avanzada, conlleva mayor preocupación en la familia, en ocasiones se favorece u obstaculizan el manejo de la información sobre la enfermedad o la expresión de la afectada.(24)

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama, ha presentado aumento en la última década, así como las enfermedades crónicas degenerativas que se agregan a los factores de riesgo.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía encontró en mujeres de más de 20 años, llegan a presentar neoplasia, siendo una de las causas de mortalidad, estimando que cada nueve minutos se detectaron un caso nuevo y existieron más de 60,000 mujeres de 14 años. Lo cual se ve reflejado en el entorno familiar lo cual se considera un problema prioritario de atención médica inmediata.

En estas pacientes con cáncer de mama se debiera estudiar ya que se modifica todo su entorno social, desde el familiar y laboral, esto repercute drásticamente en la funcionalidad, teniendo que recibir apoyo físico, emocional y psicológico. Siendo que deben ser detectados y tratados en el primer nivel de atención, puesto que representa un cambio en su vida, tanto biopsicosociales como el impacto intrafamiliar, ocasionando desorganización, por la nuevas necesidades de cuidado y alimentación, el aspecto físico, autoestima, la disminución en la capacidad laboral, así como el apoyo por parte de la familia con la enferma afectando la función familiar.

En el Municipio de Tapachula no se encuentra un estudio reciente registrado como trabajo de investigación con enfoque a la función familiar y cáncer de mama, aun cuando se ha observado un incremento en la incidencia en la consulta externa, considerando indispensable realizar la investigación y poder identificar la percepción de la función familiar y como médico familiar poder apoyar en la integración, en las áreas de trabajo social, psicológico logrando apoyar en la calidad de vida de estas pacientes y la familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Familiar Número 11 de la Ciudad de Tapachula, Chiapas se tiene alta afluencia de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, pero al recibir atención médica se han observado aspectos familiares que no se toman en cuenta, como es la funcionalidad familiar.

La estancia hospitalaria prolongada conlleva incrementa de la morbimortalidad, pero se incrementa la disfuncionalidad familiar, afectando el bienestar físico y emocional de todos los integrantes, al tener que desaprovechar sus relaciones sociales, el afecto, el cuidado, el nivel socioeconómico y el ejercicio de la sexualidad.

El lugar de hospitalización, los horarios y la atención médica que recibe el adulto mayor influyen en la dinámica familiar, afectando la cohesión familiar. La familia entra en un periodo de estrés, secundario al estado de salud del adulto mayor, así como en la repartición de los cuidadores y el tener los conocimientos necesarios para su adecuado cuidado.

Se necesita atender a las pacientes con cáncer de mama de manera integral, desde la unidad de medicina familiar, para que sea complementada por psicólogos, sociólogos, ginecólogos y oncólogos. Siendo esta una enfermedad que afecta a la paciente y por ende a la relación familiar Por esta razón se formula la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama de la UMF 11?

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama de la UMF 11.

ESPECÍFICOS

- Describir las variables sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama.
- Determinar el grado de BI-RADS en las pacientes con cáncer de mama.
- Determinar la relación entre grado de BI-RADS y la funcionalidad familiar.
- Determinar la relación entre tiempo con cáncer de mama y la funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer de mama adscritas a la UMF 11.

HIPÓTESIS

Pacientes con cáncer de mama asociada con lesiones de alto grado, altera la funcionalidad familiar en las mujeres diagnosticadas de la UMF 11.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de casos descriptivo, transversal. Se identificó la funcionalidad familiar en mujeres con cáncer de mama en el intervalo de tiempo establecido de Enero 2021 a Octubre del 2021.

UNIVERSO DE TRABAJO

El estudio se realizó en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que acuden a la Unidad de Medicina Familiar Número 11, en la Ciudad de Tapachula, Chiapas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de Enero 2021 a Octubre del 2021.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio fue llevado durante el periodo de Enero a Octubre del 2021.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad entre 40 y 60 años.
- Mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama.
- Afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social y que esté incluida dentro del censo ARIMAC en el período establecido.
- Pacientes con familiar o responsable legal.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con diagnóstico no confirmado de lesión neoplásica ajena al cáncer de mama.

- Pacientes con alteraciones del estado cognitivo.

Criterios de eliminación:

- Mujeres que se les haya descartado cáncer de mama.
- Pacientes que no terminen el llenado de los instrumentos.
- Pierdan seguridad social.
- Pacientes que no acepten la participación.

CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO

Serie de casos: los agentes a comparar no están asignados por el investigador.
Prospectivo: Todos los datos sé recopilan a partir del protocolo.
Transversal: la información de cada paciente solo representa un punto o momento en el tiempo, no se registran cambios que puedan suscitar después.
Homodémico: las características de la población tienen el mismo origen.
Unicéntrico: información de los sujetos de estudio de una unidad médica.

MUESTRA

Tamaño de la muestra se calculó en base a la fórmula siguiente:

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

Tamaño muestral para una media en una población finita o conocida			
Tamaño de la población.	N	22	
Error Alfa	α	0.05	
Nivel de Confianza	1-α	0.95	
Z de (1-α)	Z (1-α)	**1.96**	
Desviación estándar	s	19.6	1.96
Varianza		**384.16**	**3.8416**
Precisión	d	**3.00**	
Tamaño de la muestra	n	43.64	

TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el presente estudio estuvo integrado por la población con cáncer de mama adscrita en la Unidad de Medicina Familiar Número 11 derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas dentro del período comprendido de Enero-Octubre 2021. Los cuales cumplieron con los criterios de inclusión descritos adelante:

Selección de la muestra:

1. Población: Pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar número 11 acuda a clínica de displasia y las cuales estén registradas en el censo ARIMAC en el periodo Enero - Octubre 2021
2. Población para el estudio: toda paciente inscrita a la UMF 11 que este dentro del censo ARIMAC en periodo comprendido en el año 2021, que acudió a control en los consultorios de medicina familiar, aunado a los criterios de inclusión en las edades entre 40 y 60 años.

Criterios de selección de las unidades de muestreo:

Criterios de inclusión:

- Edad entre 40 y 60 años.
- Pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar en el período comprendido entre Enero Octubre 2021

Criterios de exclusión:

- Pacientes no inscritas en ARIMAC
- Que no acepten la participación

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Tiempo desde el nacimiento a la fecha.	Evaluación en la historia clínica.	Cuantitativa Discreta	Años
ESCOLARIDAD	Grado de estudios máximos que ha tenido una persona.	Evaluación en la historia clínica.	Cualitativa Politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Bachiller Licenciatura Posgrado
ESTADO CIVIL	Es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Evaluación en la historia clínica.	Cualitativa Dicotómica	Con pareja Sin pareja
OCUPACIÓN	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.	Evaluación en la historia clínica.	Cualitativa Politómica	Ama de casa Trabajadora Negocio propio Pensionada
LUGAR DE RESIDENCIA	Casa, departamento o lugar similar donde se vive.	Evaluación en la historia clínica.	Cualitativa Dicotómica	Rural Urbana
TRATAMIENTO ESTABLECIDO	Aplicación de terapia en pacientes con cierta patología.	Evaluación en la historia clínica.	Cualitativa Politómica	Mastectomía parcial Mastectomía radical Quimioterapia Radioterapia Sin tratamiento
COMORBILIDAD	La presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial.	Evaluación en la historia clínica.	Cualitativa Politómica	Ninguna Artritis reumatoide Diabetes mellitus Hipertensión arterial Obesidad
BI-RADS	Es un método que usan los radiólogos para interpretar y comunicar de manera	Evaluación en la historia clínica.	Cualitativa Ordinal	1 2 3

	estandarizada los resultados de exámenes de mamografía.			4A 4B 4C 5 6 0
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	El funcionamiento familiar se considera como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías. **(**Cohesión, Armonía**,** Comunicación, Permeabilidad, Afectividad, Roles, Adaptabilidad	FF-SIL	Cuantitaiva	Familia funcional. Familia moderadamente funcional Familia severamente funcional Familia disfuncional

TÉCNICA MUESTRAL

Método no probabilístico.

PROCEDIMIENTOS

1. Se sometió la investigación a evaluación por el Comité de Investigación en Salud No. 703 y Comité de Ética en Investigación y Salud No. 7038 ambos de la UMF 13. Y reporte de avances a los mismos por los asesores responsables.
2. Posterior a las correcciones y autorización se solicitó cita con director de UMF 11 de Tapachula Chiapas para la autorización y recopilación de la información para la investigación.
3. Se identificó a las pacientes que acuden a la consulta externa por diagnóstico confirmado de cáncer de mama adscritas a la UMF 11 manteniendo su confidencialidad.
4. Se explicó a las pacientes la justificación y objetivos del estudio, se resolverán dudas que surjan.
5. Los pacientes que aceptaron participar se les pidió firma del consentimiento informado manteniendo la Confidencialidad de las pacientes participantes.
6. Se aplicó la hoja de recolección de datos y el instrumento “FF-SIL”.
7. La información obtenida realizado por el médico residente de medicina familiar, se vertió en hoja de datos y posteriormente al Excel, se tabularon los datos en el programa de estadística IBM versión 2.5.
8. Se hizo análisis descriptivo, con la aplicación de las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).
9. Para su análisis correlacional fue aplicado la prueba estadística para las variables cualitativas y para variables cuantitativas.
10. Los resultados analizados se presentaron a la unidad médica familiar participante, coordinación de investigación, profesores titulares y comité de Ética en investigación.

ASPECTOS ETICOS

La investigación actual se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación, se solicitó evaluarse por el Comité de Investigación en Salud Número 703 y el Comité de Ética en Investigación y Salud Número 7038 ambos de la UMF 13.

En base al artículo 96 de la Ley General de Salud en materia de investigación se clasificó como investigación sin riesgo, debido a que solo se hará la recopilación de información sin afectar la condición clínica de las pacientes, se aplicó un instrumento para su recolección de datos.

En base al Código de Nüremberg se adhiere a la atención de los pacientes que participaran en la investigación, se prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos o bienestar, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigaciónn, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice

El estudio cumple con los criterios que se describen en la Asamblea Medica Mundial establecidos en la Declaración de Helsinki, ratificada en Río de Janeiro en 2014, la información busca el bienestar de los pacientes para no generar algún evento adverso

1. Mediante la Declaración de Helsinki promulgado por la Asociación Médica Mundial como una propuesta en base a principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluyendo la investigación del material humano y de información identificables. Esta Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.
2. Conforme al mandato de la Asociación Médica Mundial, esta Declaración está destinada principalmente a los médicos. La Asociación Médica Mundial insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. Se vincula al médico en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial con la fórmula «velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente", y en el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El médico tiene el deber de promover, velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación, en último término, esta debe incluir estudios en seres humanos.

6. El principal propósito de la investigación médica en seres humanos, es comprender las causas, la evolución, efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Hasta las mejores intervenciones probadas, deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. Toda investigación médica debe estar sujeta a normas éticas, que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y así proteger su salud y sus derechos individuales.

8. El objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la integridad, la dignidad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad debe recaer siempre en el médico u otro profesional de la salud, nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Deben considerar los médicos las normas y estándares éticos, legales y jurídicos en la investigación con seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
11. Se debe realizar reducción al mínimo el posible daño al medio ambiente en la investigación médica.
12. Sólo deberá llevar a cabo la investigación médica en seres humanos por personas con la educación, formación, calificaciones científicas y éticas apropiadas. En pacientes o voluntarios sanos solo bajo supervisión de un médico u otro profesional de la salud que sea apropiadamente competente y calificado.
13. En los grupos subrepresentados en la investigación médica, deberán tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. La combinación de investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite justificación del valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
15. Deberá asegurarse compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la investigación médica y práctica de la medicina, implican algunos riesgos y costos la mayoría de las intervenciones. La Investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para quien participa en la investigación.
17. Deberá ser precedido toda investigación médica en seres humanos, de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos

que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Deberán implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Deberán ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. En estudios de investigación en seres humanos los médicos no deberán involucrarse a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Evaluar riesgo beneficio o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Ante las posibilidades de sufrir abusos o daño adicional todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. En un grupo vulnerable de la investigación médica, sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. Debe conformarse la investigación médica en seres humanos con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se deberá cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. En todo estudio en seres humanos el proyecto y el método deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.
Deberá incluir información el protocolo, sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.
El protocolo en los ensayos clínicos, también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación.

23. Debe enviarse el protocolo de la investigación antes de comenzar el estudio., para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente El comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos, normas internacionales vigentes en el país donde se realiza la investigación, no dependera permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.
El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. los investigadores después que termine el estudio, deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad.

24 De su información personal, deberán tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación así como la confidencialidad

Consentimiento informado.

25 Debe ser voluntaria la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica, Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos, cada participante potencial capaz de dar su consentimiento informado debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, posibles conflictos de intereses, fuentes de financiamiento métodos, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial podrá ser informado del derecho de participar o no en la investigación, retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio todas las personas que participan en la investigación médica

27. Para la participación en la investigación al pedir el consentimiento informado, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando sea incapaz el participante potencial de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Las cuales no deberán ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, excepto que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si hay un participante potencial considerado incapaz de dar su consentimiento informado que toma parte en la investigación es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. Deberá ser respetado el desacuerdo del participante potencial.

30. En individuos por ejemplo los pacientes inconscientes que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico deberá pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. A la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente. El

médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación.

32. En caso que se utilice para la investigación médica material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. En caso de situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo.

33. Deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas los posibles riesgos, beneficios costos y eficacia de toda nueva intervención, excepto en las siguientes circunstancias:

De no existir una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

En los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no deberían correr riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo.

34. Previo al ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa

en el ensayo. Esta información deberá proporcionarse a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados.

35. Debe ser inscrito todo estudio de investigación con seres humanos en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.
36. Tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación todos los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores. Tienen el deber de tener a la disposición del público los investigadores, los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deberán aceptar las normas éticas de entrega de información. Deberán publicar los resultados tanto negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. Se debe citar en la publicación la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica.

37. Si en la atención de un paciente, las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento.
Las intervenciones deberán ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. Esa información nueva para todos los casos, debe ser registrada y, cuando sea oportuno, poner a disposición del público.

Este estudio de investigación para las pacientes no representa ningun riesgo, siendo asi va dirigido a promover, apoyar a prevenir la enfermedad mediante la promocion en cuanto a cambios en estilo de vida, asi como derivar a otras especialidades de requerirlo la paciente. Esta investigación puede ayudar al conocimiento de vinculos de la enfermedad de cancer de mama y la funcion familiar.

Se proporcionará al comite de etica, una hoja de consentimiento informado correspondiente a la autorizada dentro del instituto Mexicano del Seguro Social, con previa explicación de los objetivos, metodos y beneficios de esta investigacion, pudiendo encontrar el formato dentro de anexos.

Ante lo anterior esta investigación sera evaluado por el Comite de Investigación en Salud Número 703 y el Comité de Ética en investigación en Salud Númeroo 7038 ambos de la UMF 13, considerando esta investigacion sin riesgos para las pacientes ya que se centra en la dinamica familiar mediante encuesta anonima, consentimiento informado previo. No hay beneficios personales acumulados por la investigación.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS, TECNOLÓGICOS Y FINANCIEROS

RECURSOS MATERIALES:

Laptop

USB (dispositivo de memoria externa portátil)

Impresiones, cuestionarios (hojas de papel blanco)

Lapiceros varios

RECURSOS HUMANOS:

Asesor designado del proyecto de investigación

Residente en tercer año de medicina familiar

Pacientes con cáncer de mama

RECURSOS FINANCIEROS:

Propios del investigador

FACTIBILIDAD:

Estudio es viable de realizarse debido a que se cuenta con los recursos materiales, financieros y humanos, estos últimos con experiencia en el tratamiento del cáncer de mama y la afección que se presenta en la familia.

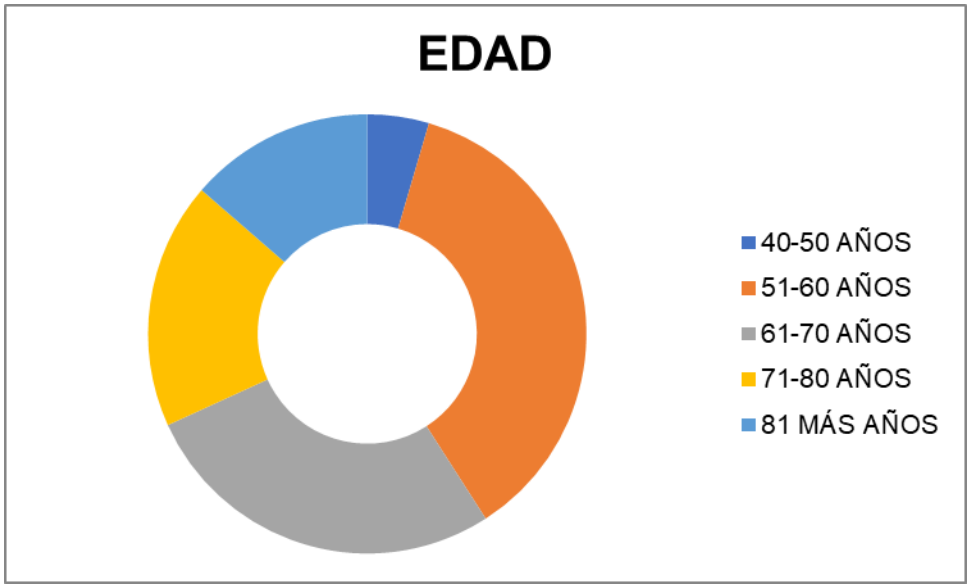
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO FEBRERO 2020	MARZO ABRIL	MAYO JUNIO	JULIO AGOSTO	SEPTIEMBRE OCTUBRE	NOVIEMBRE DICIEMBRE	ENERO FEBRERO 2021	MARZO-MAYO 2021	JUNIO	AGOSTO - SEPTIEMBRE	OCTUBRE
BUSQUEDA DE ARTICULOS	X	X	X								
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO				X	x						
AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN						x					
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN						X	X	X			
CAPTURA DE LA INFORMACIÓN									X		
ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN										X	
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS											X

ANALISIS DE RESULTADOS

Con la recolección de datos primero se analiza las variables sociodemográficas en la población de estudiada de 22 pacientes con padecimiento con cáncer de mama en el año 2021 de la UMF 11, observando las variables independientes los siguientes resultados:

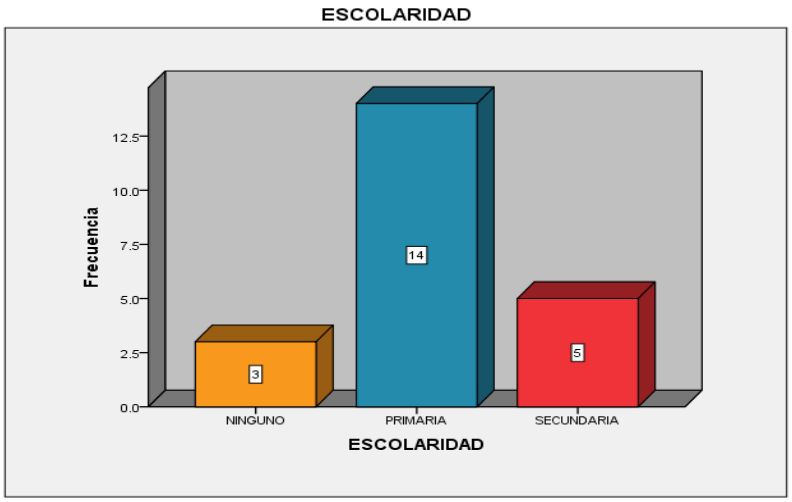
GRAFICO 1: EDAD



Fuente: Grafica 1. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021.

Se tiene la edad promedio donde prevalece el cáncer de mama entre 51-60 años (8 pacientes) con un 36.4 %, seguida entre los 61-70 años de edad (6 pacientes) con 27.3%, sin embargo también hay casos en el rango de edad de 71-80 años (4 pacientes) con un 18.2%. (Ver gráfica 1).

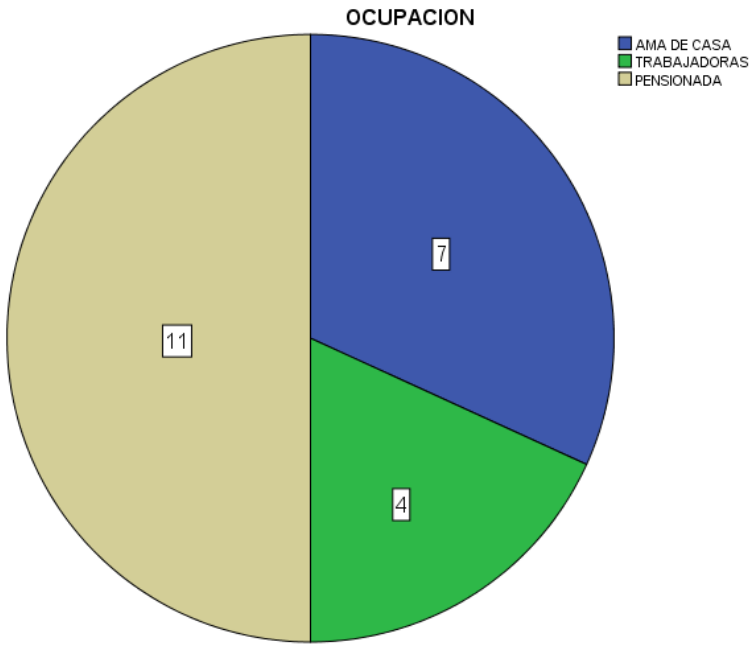
GRAFICO 2-. ESCOLARIDAD



Fuente: Grafica 2. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021

Otra variable dependiente esta la escolaridad, de las pacientes encuestadas se encontró que tienen nivel primaria 14 pacientes (63.6%), con nivel secundaria 5 (22.7%) y sin ningún grado de estudio 3 pacientes (13.6%). (ver gráfica 2).

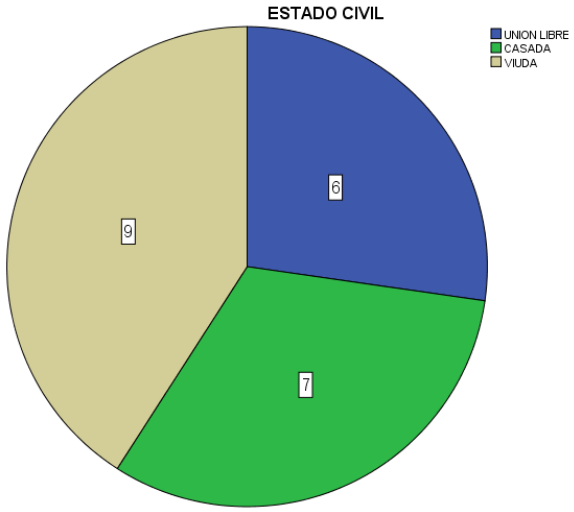
GRAFICO 3: OCUPACION



Fuente: Grafica 3. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021

Otra variable socioeconómica estudiada es la ocupación, en la cual se observa en la gráfica que las pensionadas representan mayor número con un 78%, las ama de casa con un 31.8 % y las trabajadoras el 18.2%.

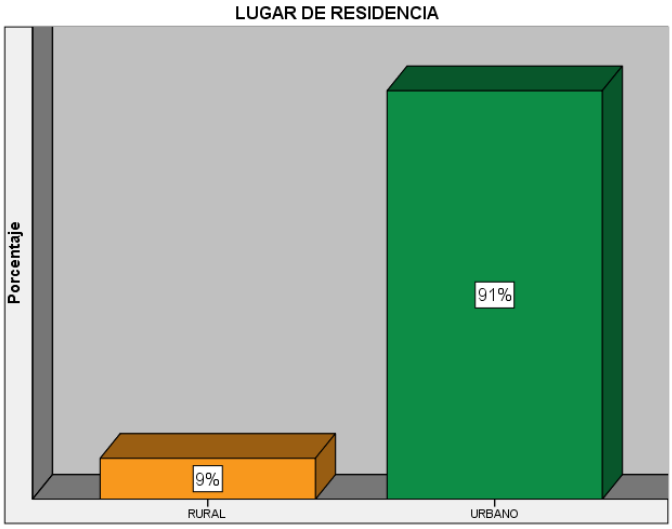
GRAFICO 4: ESTADO CIVIL



Fuente: Grafica 3. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021

En este estudio se encuentra la población entre 61-80 años el estado civil, de mayor prevalencia con padecimiento de cáncer de mama vistas en la gráfica son; Viudas 9 pacientes (41 %) seguidas de casadas 7 pacientes (32 %) y en unión libre 6 pacientes con 27.2%.

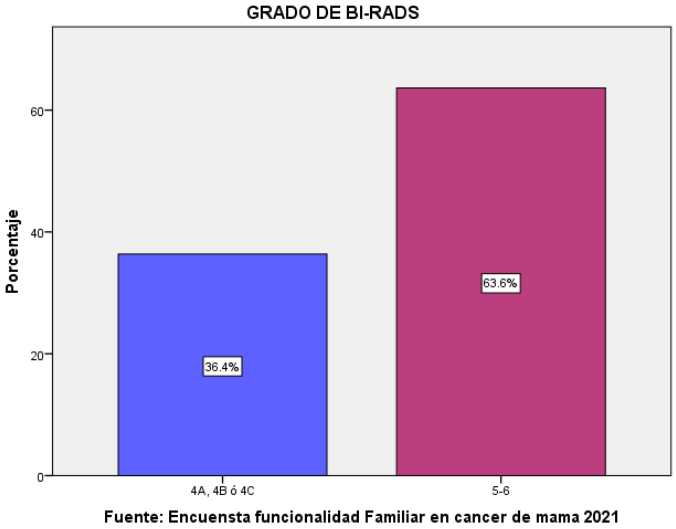
GRAFICA 4-. LUGAR DE RESIDENCIA



Fuente: Grafica 4. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021

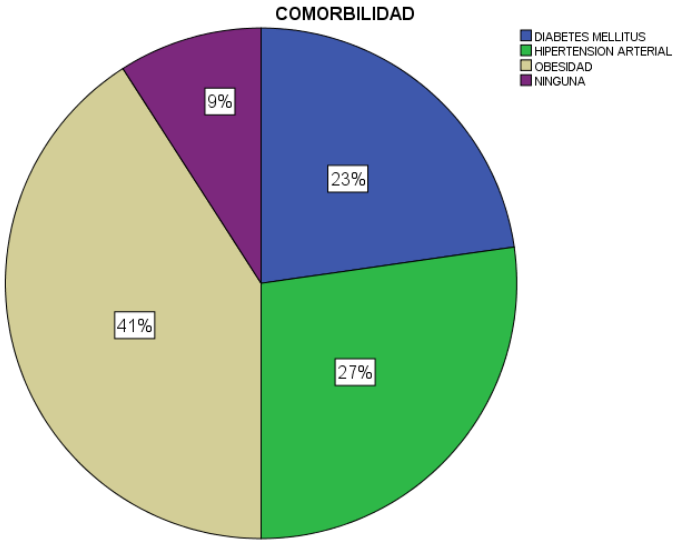
Los casos de cáncer de mama se encontraron que el lugar de residencia, de las pacientes se encuentra en área urbana 20 pacientes con un 91% y en área rural la minoría de ellas con dos pacientes siendo el 1%.

GRAFICO 5: GRADO DE BI-RADS



Se encontró en BI-RADS 5-6 a 14 pacientes con el 63.6% y en BI-RADS 4 (A, B o C) a 8 pacientes con un 36.4%.

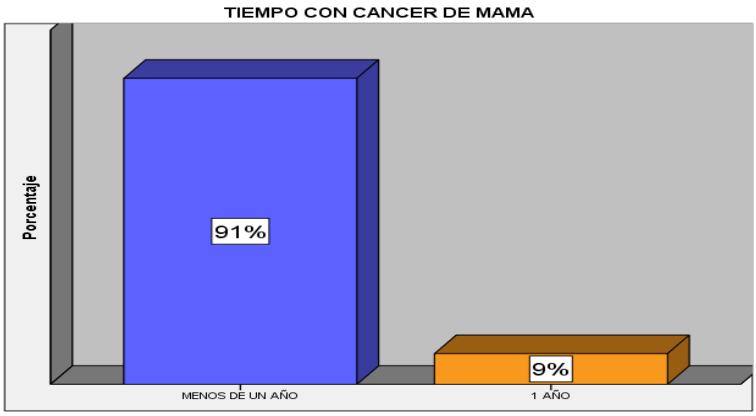
GRAFICO 6: COMORBILIDAD



Fuente: Grafica 1. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021

Se encontró que 9 pacientes presentan obesidad con el 41%, con hipertensión 6 pacientes con el 27% seguidas con 5 pacientes con Diabetes Mellitus el 23%.

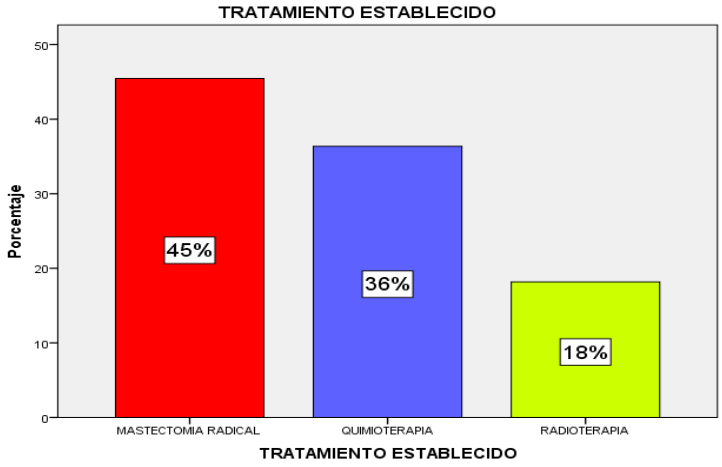
GRAFICO 7: TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA



Fuente: Grafica 7. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021

Las pacientes mantuvieron el diagnóstico 20 de ellas durante más de un año 91%, y 2 pacientes menos de un año 9% incluyendo el tiempo de tratamiento.

GRAFICO 8: TRATAMIENTO ESTABLECIDO



Fuente: Grafica 4. Encuesta funcionalidad familiar en cáncer de mama 2021

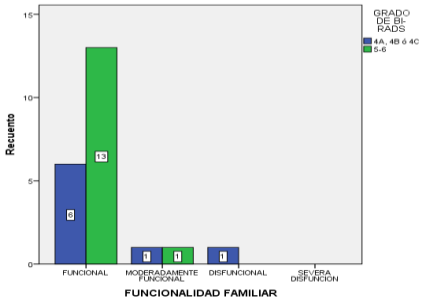
En base a la variable de tratamiento establecido, encontramos que la mayoría presenta antecedente de mastectomías radicales bilaterales 10 de ellas con un 45%. De las cuales 8 pacientes con quimioterapia el 36% y 4 pacientes con radioterapia el 18 %.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

La funcionalidad familiar evaluada mediante cuestionario FF-SIL en la que se valora la unión familiar física y emocional en como enfrentan un evento los integrantes de la familia demostrando sus intereses y decisiones tomadas, a su vez la percepción, comunicación de los miembros de la familia nos brinda información en cuanto a la demostración de convivencia, sentimientos, intercambio de experiencias, emociones que influyen en la función familiar, se encontró familias funcionales en un 84%, familias moderadamente funcionales un 9%, moderadamente disfuncionales en 3% y familias disfuncionales 4 % y de familias con disfunción severa 0.0%.

En la encuesta FF-SIL se valoró las 7 dimensiones donde se encontró la Cohesión con 146 puntos con el 90%, Armonía 147 puntos el 8%, roles 152 con el 2 %, Afectividad 160 puntos, Adaptabilidad con 154 puntos, Permeabilidad con 154 con el 14%, siendo que la muestra de más dimensión con más afectación es la permeabilidad siguiendo la Adaptabilidad y comunicación. Observando se trabajara en estas áreas.

CORRELACIONES: GRADO DE BI-RAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Encontrando una relación significativa entre el grado de BI-RADS y la función familiar en las familias funcionales. Mínima significancia entre las familias disfuncionales.

Correlaciones

		FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TIEMPO CON CANCER DE MAMA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Correlación de Pearson	1	-.117
	Sig. (bilateral)		.603
	N	22	22
TIEMPO CON CANCER DE MAMA	Correlación de Pearson	-.117	1
	Sig. (bilateral)	.603	
	N	22	22

Se encontró significancia entre tiempo de diagnóstico con cáncer de mama y la función familiar siendo estas en las familias funcionales, y significancia en las moderadamente disfuncionales.

DISCUSION

El cáncer de mama es un tema estudiado por ser de importancia en cuanto a muerte de mujeres en México, siendo la tercera causa de mortalidad es el cáncer, representando el 12.9% de los casos por cifras del INEGI, en el año 2015 fallecieron 655,688 personas por esta causa, pero en un periodo del año 2000 al 2015 fallecieron por cáncer 1,129,703 personas, desafortunadamente no se tienen cifras actualizadas o prevalencia del 2018. Se estimó que en el estado de Hidalgo se tuvieron 1,858 defunciones en el año 2015

En cuanto a las variables sociodemográficas el 63.6% tienen primaria, el 78% son pensionadas, el 41% son viudas, el 91% pertenecen al área urbana, en BI-RADS 5-6 se encuentran el 63.6% presentando comorbilidad de obesidad el 41%.

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró 84% son funcionales, y solo un 9% son moderadamente funcionales. Con la aplicación del instrumento se asemejan los datos obtenidos observando alteración en cuanto a la permeabilidad puesto que no han sido capaces al intercambiar experiencias con otras familias, la adaptabilidad es afectada, y la comunicación es afectada de igual forma, al no contar con la capacidad de entrelazar emociones, deseos en forma directa.

CONCLUSIONES:

Se determinó que en su mayoría son familias funcionales, de las cuales solo una minoría son disfuncionales sobre todo en la permeabilidad, a pesar del grado de BI-RADS que presentan en el BI-RADS 5-6 si existe relación entre éste y la funcionalidad familiar, en cuanto al tiempo con el diagnóstico de cáncer de mama y la funcionalidad fue mínima. Por lo que se debe trabajar desde inicios del diagnóstico en estas áreas de comunicación familiar en beneficio del bienestar familiar.

RECOMENDACIONES:

Con los resultados obtenidos en su mayoría de las pacientes a pesar de tener BIRADS 4-5 con tiempo de evolución de hasta un año, son familias funcionales donde su único disfunción es en área de permeabilidad por lo que es importante trabajar en esta área con las pacientes, además de presentar comorbilidad de obesidad siendo que se debe tener cuidado como factor de riesgo y dar apoyo nutricional siendo un punto para apoyo de las pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de salud. Manual de enfermería oncológica. Instituto Nacional del Cáncer. 2013;1(1):1-72.
2. Bojorge-Martínez, Ana E. Los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física en la adolescencia. ITESO. 2016;11(1):1-143.
3. Mercado Maldonado A, Hernández Oliva AV. El proceso de construcción de la identidad colectiva. Rev Ciencias Sociales 2010;53(1):229-251.
4. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y 52 erapêuticos.RIPCS. 2003;3(1):505-520.
5. Arenillas Pérez MA, González Sanz M, Salom Seminario L. Linfedema. Prevención y calidad de vida. FECMA. 2016;1(2):1-246.
6. Montiel Castillo VE, Guerra Morales VM. La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. Revista Cubana de Salud Pública. 2016;42(2):332-336.
7. Cortés-Funes F, Bueno JP, Narváez A, García-Valverde A, Guerrero-Gutiérrez L. Psicooncología. 2012;9(3):335-354.
8. Biffi RG, Vilela Mamede M. Percepción del funcionamiento familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: diferencias de género. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(2):1-9.
9. https://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/.
10. Acosta-Zapata E. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. 2017;1(1):1-10.
11. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJF, Trillo T, Coria I, Langrave Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención primaria. 2002;30(10):624-630.
12. Recalde MT, Samudio M.Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2012;10(2):13-29.

13. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999;1(2):45-57.
14. Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Publica Mex 2010;52:207-212.
15. Irarrazaval ME, Rodríguez PF, Fasce G, Silva FW, Waintrub H, Torres C, et al. Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. Rev Med Chile.2013;141(1):723-734.
16. Canicali Primo C, Nunes goncalves LR, Pires Olympio PC, Costa Leite FM, Costa Amorim MH. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. Enfermería Global. 2012;11(28):1-12.
17. OMS. Cáncer. Notas descriptivas. 2018;1(1):1-3. Disponible ver: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer Consultado en: 1 de marzo de 2019.
18. Castrezana Campos MR. Geografía del cáncer de mama en México. Investigaciones Geográficas. 2017;93(1):1-18.
19. Salinas-Martínez AM, Juárez-Ruiz A, Mathiew-Quirós A, Guzmán-De la Garza FJ, Santos-Lartigue A, Escobar-Moreno C. Cáncer de mama en México: tendencia en los últimos 10 años de la incidencia y edad al diagnóstico. Rev de Investigación Clínica. 2014;66(3):210-217.
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero)” 2018;1(1):1-13.
21. Aldaco-Sarvide F, Pérez-Pérez P, Cervantes-Sánchez G, Torrecillas-Torres L, Erazo-Valle-Solís AA, Cabrera-Galeana P, et al. Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. Gaceta Mexicana de Oncología. 2018;17(1):28-34.
22. Reynoso-Noverón N, Torres-Domínguez JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. 2017;8(1):9-15.

23. Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud Publica Mex 2009;51(2):S350-S360.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama de la UMF 11", Tapachula, Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica.
Lugar y fecha:	UMF 11, Tapachula, Chiapas Enero 2019-Diciembre 2020.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama que acudan a consulta externa de medicina familiar de la UMF 11 Tapachula Chiapas, importancia en identificar la percepción de la paciente en su familia y poder apoyar en áreas psicología y fortalecer el apoyo familiar.
Procedimientos:	Aplicación de la encuesta FF-SIL. con 14 reactivos en pacientes adscritos a la UMF 11 que cumplan con los criterios de inclusión . Duración la requerida por la paciente. Así como vaciamiento de datos en formato Excel y programa SSP.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se tendrá identificación de la funcionalidad familiar, para brindar un tratamiento integral con apoyo de otras especialidades.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregaran resultados y se dara seguimiento a participantes que requieran apoyo en otras áreas.
Participación o retiro:	Se retirará en el momento que decida la paciente en lo que considere conveniente sin que afecte a mi desempeño en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá en Absoluta confidencialidad.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐	No autorizo que se tome la muestra.
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se aplicará en caso de requerir el tratamiento que le corresponde.
Beneficios al término del estudio:	Identificación de la funcionalidad familiar.

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

Investigador Responsable:	Dr. Mario Aguilar Aguilar. Matrícula 99075957. E-mail:aguilarmarioaguilar@gmail.com. Cel:9621064505
Colaboradores:	Dr. Ludvick Torres López. Matricula 99079746. E-mail:Ludvick.torres@imss.gob.mx. Cel. 9621559903

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____	Dr. Mario Aguilar Aguilar
Nombre y firma de la participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Hoja de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	RESULTADOS
EDAD	Años	
ESCOLARIDAD	Analfabeta Primaria Secundaria Bachiller Licenciatura Posgrado	
ESTADO CIVIL	Con pareja Sin pareja	
OCUPACIÓN	Ama de casa Trabajadora Negocio propio Pensionada	
LUGAR DE RESIDENCIA	Rural Urbana	
TRATAMIENTO ESTABLECIDO	Mastectomía parcial Mastectomía radical Quimioterapia Radioterapia Sin tratamiento	
COMORBILIDAD	Ninguna Artritis reumatoide Diabetes mellitus Hipertensión arterial Obesidad	
BI-RADS	1, 2, 3, 4ª, 4B,4C,5, 6, 0	
FF-SIL	Funcional: de 57 a 70 puntos. Moderadamente Funcional: de 43 a 56 puntos. Disfuncional: de 28 a 42 puntos. Severamente Disfuncional: de 14 a 27 puntos	

Anexo 3. FF-SIL

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					