



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

*“Efecto de la Funcionalidad Familiar y Apoyo Familiar
en Automanejo de Mujeres con Cáncer de Mama”.*

Presenta:
Marisol Celis García

Tesina Presentada para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Diciembre, 2020.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

*“Efecto de la Funcionalidad Familiar y Apoyo Familiar
en Automanejo de Mujeres con Cáncer de Mama”.*

Presenta:

Marisol Celis García

Director de Tesina:

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl

Tesina Presentada para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Diciembre, 2020.

Comisión que Aprobó de la Tesina

**“EFECTO DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO FAMILIAR EN
AUTOMANEJO DE MUJERES CON CANCER DE MAMA”**

DCE. MENESES TIRADO MARIA DE LOS ANGELES

Presidente

ME. ZENTENO LÓPEZ MIGUEL ANGEL

Secretario

MSP. LOZADA PEREZMITRE ERIKA

Vocal

DCE. MORENO TOCHIUITL MARICARMEN

Directora de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega

Directora de la Facultad de Enfermería

DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado

Agradecimientos

A mi familia y amigos por estar en los momentos más críticos de estos casi 3 años. Soy una mujer de pocas palabras y ellos entenderán mis silencios.

Resumen

Introducción: A nivel mundial el cáncer de mama (CaMa) es considerado un problema de salud prioritario con un amplio número de muertes en donde el panorama de atención para las mujeres con esta patología es prioritario, requiere ser especializada y oportuno. El diagnóstico de CaMa desencadena y plantean escenarios con una nueva temática para las familias, en donde los roles y papeles de la mujer para enfrentar a esta patología sugieren nuevas conductas frente a la enfermedad; una de ellas es el automanejo. (Secoli et al., 2015). Los estudios realizados para el automanejo en mujeres con CaMa no han sido claros en la descripción del mismo y ninguno de ellos tampoco ha abordado temáticas familiares en torno al apoyo familiar que reciben y cómo es la funcionalidad familiar una vez que se encuentran inmersas en este tipo de situaciones.

Objetivo: Determinar el efecto de la funcionalidad familiar y el apoyo familiar en torno al automanejo de mujeres con CaMa.

Metodología: Estudio descriptivo. La población estará conformada por mujeres entre 20 a 65 años de edad con diagnóstico de CaMa según los criterios de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology, [ASCO], 2018). (biopsia en lesión subclínica) y que cumplan con los criterios de inclusión al momento del estudio.

Resultados: El automanejo de este grupo de mujeres manifiesta contar en su totalidad con diagnóstico médico subclínico de CaMa, conocen la enfermedad que tienen y los signos y síntomas de la misma el 90%. Todas las mujeres identifican los cuatro apartados del automanejo, sin embargo el que mayor importancia tiene para ellas es el

nivel de adherencia al tratamiento con un 67%. El resto de los niveles consideran son complementarios 33%.

Por su parte el apoyo familiar en el grupo de mujeres con CaMa se describe aparentemente positivo; mencionan sentirse apoyadas en su estado de ánimo por su familia frente a esta patología, manifiestan además depender de ellos para este apartado, Por otra parte casi el 33% siente que su familia no se acerca en su totalidad a ellas cuando necesitan apoyo frente a algún problema pues manifiestan la enfermedad ya es demasiado y al escuchar más problemas de los miembros de su familia su situación de salud agravaría probablemente.

Finalmente en cuanto a la funcionalidad familiar el 69% de familias de mujeres con CaMa se clasificaron con funcionalidad adecuada, el 31% de familias reportaron una funcionalidad moderada. En donde el grupo de mujeres con CaMa se describe con alto grado de congruencia, pero la mayoría comenta que el CaMa surge como un problema que desestabiliza la función de toda la familia; aun con todos estos estresores les resulta positivo saber que el afrontamiento que llevan a cabo dentro de sus núcleos les resulta asertivo para interactuar y llevar a cabo sus vidas frente al proceso de la enfermedad.

Conclusiones: El automanejo en las mujeres con CaMa es un tema bien identificado y manejado por este grupo de mujeres, el apoyo familiar se muestra positivo cuando se trata de hacer frente a la enfermedad y la funcionalidad de las familias de mujeres con CaMa es adecuada para hacer frente a su problema de salud.

Palabras clave: Automanejo, Apoyo Familiar, Funcionalidad Familiar, Cáncer de mama.

Nombre del alumno:

Marisol Celis García

Fecha de Graduación:

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Título: Efecto de la Funcionalidad Familiar y Apoyo
Familiar en Automanejo de Mujeres con Cáncer de Mama.

Candidato para el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

Número de páginas: 67

Área de Estudio: Enfermería con énfasis en comunidad

Tabla de Contenido

	Pág.
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	9
1.2 Propósito	14
1.3 Marco Conceptual	15
1.4 Estudios Relacionados	20
1.5 Definición Operacional	26
1.6 Objetivo General	27
1.7 Objetivos Específicos	27
Capítulo II	
Metodología	28
2.1 Diseño de estudio	28
2.2 Población, muestreo y muestra	28
2.3 Criterios de inclusión	29
2.4 Instrumentos de Medición	30
2.5 Procedimiento	32
2.6 Ética del Estudio	34
2.7 Estrategias de Análisis	35
Capítulo III	
Resultados	
3.1 Estadística Descriptiva	36
3.2 Confiabilidad de los Instrumentos	40
3.3 Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov	41
3.4 Estadísticas Inferenciales para las Pruebas de Hipótesis	41

Capítulo IV

4. Discusión	44
4.1 Limitaciones	46
4.2 Conclusiones	46
4.3 Recomendaciones	47
4.4 Referencias bibliográficas	50

Apéndices

A. Cedula de Datos Personales	56
B. Escala de Evaluación del Automanejo	57
C. Escala de Apoyo Familiar	59
D. Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar	61
E. Consentimiento Informado	66

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

El cáncer de mama (CaMa) es una enfermedad que se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma anárquica. Este crecimiento celular se puede observar mediante una radiografía o se puede palpar como una protuberancia del tipo de una masa o bulto nombrándose así tumor. Éste tumor es maligno y se llama cáncer si las células crecen e invaden los tejidos circundantes para propagarse en un proceso conocido como metástasis en donde la enfermedad invade diferentes áreas u órganos del cuerpo.

(American Cancer Society, [ACS], 2018).

En el mundo el CaMa se considera un problema de salud con el mayor número de muertes; se suscitaron 14.1 millones de casos nuevos en el 2017 y 8.2 millones de muertes relacionadas con esta patología (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2018). Cada año en el continente Americano, más de 464,000 mujeres son diagnosticadas con CaMa y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad. Si las tendencias actuales continúan, para el año 2030, se prevé que el número de mujeres diagnosticadas con CaMa aumente en un 34% (Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2018). En América Latina, el CaMa se ha convertido en la segunda causa de mortalidad y se ha incrementado de forma notable en los últimos años (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2018). Se estima, que un millón de mujeres entre los 37 y 50 años de edad, son diagnosticadas de forma anual (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2018).

En México, ésta problemática de salud no es la excepción, se registraron 314,499 defunciones femeninas: 44 164 son causadas por tumores malignos, y de estas, 7 257 por CaMa. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2018). En 2019, por cada 100 mil mujeres de 20 años o más se reportaron 35.24 casos nuevos de CaMa; en el último año se ubicó en el tercer lugar de canceres con mayor porcentaje de letalidad en la población (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2020). Estimaciones de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud, mencionaron de que en 2014 el financiamiento de la atención médica para cáncer fue de 56,280 millones de pesos y para el 2020 la cantidad será superior a 68,000 millones de pesos; lo anterior refleja el crecimiento exacerbado de los gastos nacionales en salud destinados para hacer frente a esta enfermedad (Ramírez, 2017). Esta misma institución menciona que la atención de un caso de CaMa puede llegar a costar en promedio de 3.5 millones a 5 millones de pesos anuales. Sólo la terapia de radiación puede costar de 100,000 a 300,000 pesos mensuales y los gastos quirúrgicos y hospitalarios más los cuidados posteriores llegan a sumar hasta 8 millones de pesos anuales (Ramírez, 2017). Para el Estado de Puebla, el INEGI durante el 2014 reportó 4,964 decesos atribuibles al CaMa, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres; esto significa que en ese último año murieron casi 14 mujeres al día por esa causa.

El diagnóstico de CaMa desencadena un impacto psicológico. La mayoría de las mujeres experimentan sentimientos asociados inevitablemente a la idea de muerte. Vivir con CaMa plantea escenarios en donde las mujeres que lo padecen asumen conductas para hacer frente a la enfermedad como el conocimiento de su patología y la adherencia al tratamiento y busca soporte en el apoyo de la familia y en diversas redes que durante el mismo pueden surgir; sin embargo en algunos casos las mujeres con

CaMa se enfrentan a dificultades como la falta de dinero relacionada con los altos costos de los tratamientos, la falta de cohesión familiar o desintegración además de sentimientos como incertidumbre, miedo, ansiedad, tristeza y vulnerabilidad, afectando no solo a la persona enferma sino también a los miembros de la familia; lo anterior se relaciona con la falta de habilidad para enfrentar los procesos de crisis propias de la patología (Secoli et al., 2015).

La familia satisface las necesidades de conservación, fomento y recuperación de la salud; cuando uno de sus integrantes es dañado por alguna enfermedad, la funcionalidad familiar se ve amenazada al no tener control sobre ello. En el CaMa, la mujer requiere del apoyo afectivo, moral, espiritual y material de su familia para hacer frente a su padecimiento. De manera que la funcionalidad familiar es núcleo en la adherencia terapéutica desde la perspectiva de la calidad de vida (Ramirez et al., 2012).

La funcionalidad familiar entonces es definida como el grupo de relaciones entre sus individuos generadas en el interior familiar y que proporcionan identidad a cada uno de ellos. Además, es la capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes adaptándose a las situaciones cambiantes durante los procesos de enfermedad de manera armónica y sin estresores de una etapa de la vida a otra manteniendo el equilibrio, la organización y desarrollando procesos familiares cotidianos en un entorno seguro y protector (Friedemann, 1995).

Cuando la función de la familia es alterada por algún agente externo sus capacidades se ven inestables y modificadas; es ahí donde el apoyo familiar constituye una fortaleza que genera adaptación a su nueva situación de salud (Ostiguin et al., 2008). Se entiende entonces al apoyo familiar a todo lo que se origina de diversas fuentes como los padres, hermanos, parejas, hijos, amigos cercanos, inclusive algunos autores

menciona que cuando no existe familia los compañeros más cercanos pueden asumir ese papel (Jian-An et al., 2016). Queda más que claro que el apoyo familiar más común lo constituyen la familia y amigos; estos últimos generan redes de soporte duraderas que muchas veces se mantienen por obligación y cambian como consecuencia a eventos radicales como la muerte. Las redes de amigos son más variables ya que pueden cambiarse de domicilio, escuela, trabajo y dependen del deseo de la persona por mantener dicha red (Domínguez, Salas, Contreras & Procidano, 2011). A su vez se ha identificado que el apoyo familiar favorece la adhesión al tratamiento, mejora las conductas de autocuidado, hace evidente un afrontamiento asertivo que mejoran la calidad de vida y favorece la convivencia en la familia (Mesquita et al., 2007), favoreciendo el desarrollo del automanejo en las mujeres con cáncer de mama (Schneider, Pizzanato, & Calderon, 2015).

El automanejo es entendido como la capacidad que tiene la persona para llevar a cabo el proceso adecuado de afrontamiento de su enfermedad, considera el contexto de otras personas e influencias como la relación entre el paciente y los prestadores de atención sanitaria (principalmente las enfermeras), los amigos y la comunidad, al igual que los familiares, frente al desarrollo de enfermedades crónicas como el cáncer (Margaría, et al, 2017).

En ese orden de ideas la interacción del apoyo familiar y el automanejo en relación con la funcionalidad familiar permiten describir a esta como la práctica de la congruencia dentro de la familia, donde se hace evidente la capacidad de buen funcionamiento familiar manifestado en todos los sistemas individuales y de contacto con el sistema ambiental (Friedemann, 1995).

De esta manera, estudios relacionados elaborados en Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y España acerca del apoyo familiar y el automanejo, encontraron; por una parte, que la familia es el principal sustento del apoyo para los pacientes con alguna patología crónica, debido a que las personas con mayor apoyo familiar evidencian incrementos en el cumplimiento de las recomendaciones para su automanejo, de éste modo mejoran el control y evolución de su enfermedad, por ejemplo, con la reducción de la estancia hospitalaria, la adherencia a su tratamiento médico y la mejora de la sintomatología del CaMa (Doede, Mitchell, Wilson, Panagides, & Oriá, 2018); (Ostiguin et al., 2008); (Hermel et al., 2015). Por otra parte, otras investigaciones consideran que no es necesario el apoyo familiar para que la mujer con CaMa incremente su automanejo de la enfermedad (Fernández & Manrique, 2010).

La familia es un cimiento necesario para el automanejo, donde se hace importante que actúen simbióticamente, siendo indispensable que los integrantes estén informados sobre la enfermedad y las necesidades de cuidado del enfermo, de esta manera la familia se transforma en un pilar de soporte asumiendo sus funciones (Campo & Portillo, 2013). Sin embargo otros autores refieren que el éxito en el manejo de la enfermedad se ve afectado por las acciones de los miembros de la familia cuando su función como grupo con cuenta con cohesión y orientación hacia metas en torno al padecimiento (Rosland, Heisler, Choi, Miller, & Allen, 2010).

Los estudios anteriores, permiten hacer notar que al hablar de enfermedades crónicas con altos índices de letalidad existe una gran área de oportunidad para nuestra disciplina pues el abordaje de toda la familia como grupo social permite ver la interacción de una persona con su padecimiento aperturando nuestras habilidades en la práctica profesional para identificar acciones e intervenciones que brinden calidad de

vida y a la vez concientizar a su entorno para que exista apoyo familiar, pero eso no sería posible si este tipo de estudios no se realizaran, ya que solamente quedarían en supuestos no comprobables en relación a cómo se comportan las variables antes mencionadas en este grupo de mujeres.

La importancia de este estudio radica en exponer una relación de variables que a la fecha no se han estudiado en conjunto y que por lo tanto explicarían un vacío de conocimiento sabiendo que el tema central del CaMa es un problema de salud pública prioritario en el que se hace presente la necesidad del acercamiento social para este grupo en particular pues el sentir de las mujeres, el pensar y el hacer de la familia frente a la enfermedad comprenden vivencias sumamente nutritivas que nos prepararan para identificar las características de un manejo asertivo a través de la relación familiar en el que la enseñanza brinda un papel clave ante este tipo de necesidades sociales y de salud.

1.2 Propósito de Investigación

El presente proyecto de investigación tiene como propósito determinar el efecto de la funcionalidad familiar y el apoyo familiar en torno al automanejo de mujeres con cáncer de mama de 20 a 65 años de edad.

1.3 Marco Teórico

A continuación se detallan los principales conceptos de la teoría que sustenta el presente estudio: Marco de Organización Sistémica (MOS). (Friedemann, 1995).

El Marco de Organización Sistémica (MOS) es un enfoque conceptual que se usa para trabajar con las familias, individuos y otros sistemas sociales como organizaciones y comunidades, es un modelo publicado por primera vez en 1989, en la Universidad del Estado de Wayne, EU. Por la Dra. Marie-Louise Friedemann (1995). Se fundamenta en modelos y teorías de la disciplina de enfermería, de las ciencias sociales y de los escritos científicos de especialistas u otros investigadores.

El marco conceptual plantea varios niveles de abstracción teórica medibles, enmarca los conceptos del metaparadigma de enfermería: ambiente, persona, salud y enfermería e incluye los conceptos de familia y salud familiar para orientar la explicación de la función sistémica de los individuos, los sistemas sociales y ambientales y las interacciones entre ellos. (Marco de Organización Sistémica [MOS], 1995). Esta teoría se concibe como un sistema abierto, compuesto de subsistemas en los que la familia y las personas forman parte de él. El entorno, las personas y las familias como sistemas abiertos que son, están en constante interacción y se encaminan para alcanzar la congruencia; entendida a su vez como el método dinámico en el que la energía circula libremente y la familia junto con sus integrantes son paralelos con sus patrones y ritmos dando como resultado la sincronía con los demás por lo que juntos experimentan un estado común de bienestar.

De acuerdo a lo propuesto en el modelo de organización sistémica (Friedemann, 1995) los conceptos principales son: Entorno, Persona, Familia, Salud y Salud Familiar, cada uno de ellos tiene componentes subyacentes y procesos dinámicos deducidos teóricamente que definen las relaciones con los otros conceptos; mismos que serán descritos a continuación.

La organización básica del sistema humano tiende al logro de las metas de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad, que se desarrollan por medio de valores y creencias adquiridas, a través de procesos familiares como: coherencia, mantenimiento del sistema, individuación y cambio del sistema. (Friedemann, 1995).

El proceso de coherencia, considerado como las relaciones armónicas entre los miembros familiares proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor, interés de unos por otros; compartir valores y creencias que les permiten crear vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema; en este apartado centramos el concepto del proceso salud/enfermedad; dentro del mismo se establece la patología del cáncer de mama como un suceso en el cuál se hace uso de los valores anteriormente mencionados para sobrevivir al sistema. (Friedemann, 1995).

El mantenimiento del sistema constituye las estrategias de la vida familiar y personal que proveen de un sentido de seguridad y autonomía; éste proceso implica roles, patrones de comunicación, rituales, normas, valores, toma de decisiones, manejo financiero, patrones de cuidado y planteamiento del futuro entre otros. (Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid & Rodríguez-Hernández, 2009). Dentro del mismo se incluye al autocuidado que tienen y establecen las mujeres con cáncer de mama como el soporte central personal para hacer frente a la enfermedad.

La individuación es la estructura de identidad personal que se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas; en éste proceso interactivo se incluye el desempeño de roles y responsabilidades, se fortalecen los talentos, iniciativas y conocimientos que proveen de apertura al entendimiento; el aprender de sí mismo y de otros, trae consigo una nueva perspectiva y propósito en la vida mediante la expansión del horizonte de la

persona. (Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid & Rodríguez-Hernández, 2009).

El cambio del sistema es un proceso que comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales/familiares y del ambiente; requiere de apertura para la nueva información que modifica la estructura de valores ante prioridades vitales presentes y futuras; la capacidad de tomar decisiones conscientes. Fortalece el control y crecimiento familiar/personal apoyado por un sentido de seguridad y autonomía. (Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid & Rodríguez-Hernández, 2009).

Estos procesos son aprendidos durante el desarrollo de la familia y transmitidos de generación en generación por influencia del medio ambiente.

Los procesos de coherencia (C) e individuación (I) se retroalimentan con la meta de espiritualidad; los procesos de coherencia (C) y mantenimiento del sistema (MS) se dirigen hacia la estabilidad; mantenimiento del sistema y cambio del sistema (CS) propenden al control; y, cambio del sistema e individuación tienden hacia la meta de crecimiento (González-Remigio, 2001). (Figura 1).

La salud familiar aplicada en el estudio como la variable de funcionalidad familiar es la experiencia de la congruencia en la familia y es alcanzada a través del balance de la meta de estabilidad, desarrollo, control y espiritualidad. Las familias intentan lograr la congruencia pero la salud perfecta nunca va ser del todo alcanzada, sus integrantes hacen todo lo que pueden, considerando sus circunstancias y tienen opciones de lograr un equilibrio dinámico. Aunque ningún estilo de funcionamiento puede ser juzgado mejor que el otro sin valorar el sistema conjunto de las metas (Friedemann, 1995).

Para Friedemann (1995), la familia es un sistema compuesto por miembros que han decidido vivir juntos e interrelacionarse afectivamente con el objetivo primario de apoyarse unos a otros entendido en el estudio como el apoyo familiar. Los individuos pueden ser consanguíneos o no, estar unidos emocionalmente a través de características comunes ó talentos complementarios los cuales les permiten cumplir ciertos roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total y en constante intercambio con su ambiente.

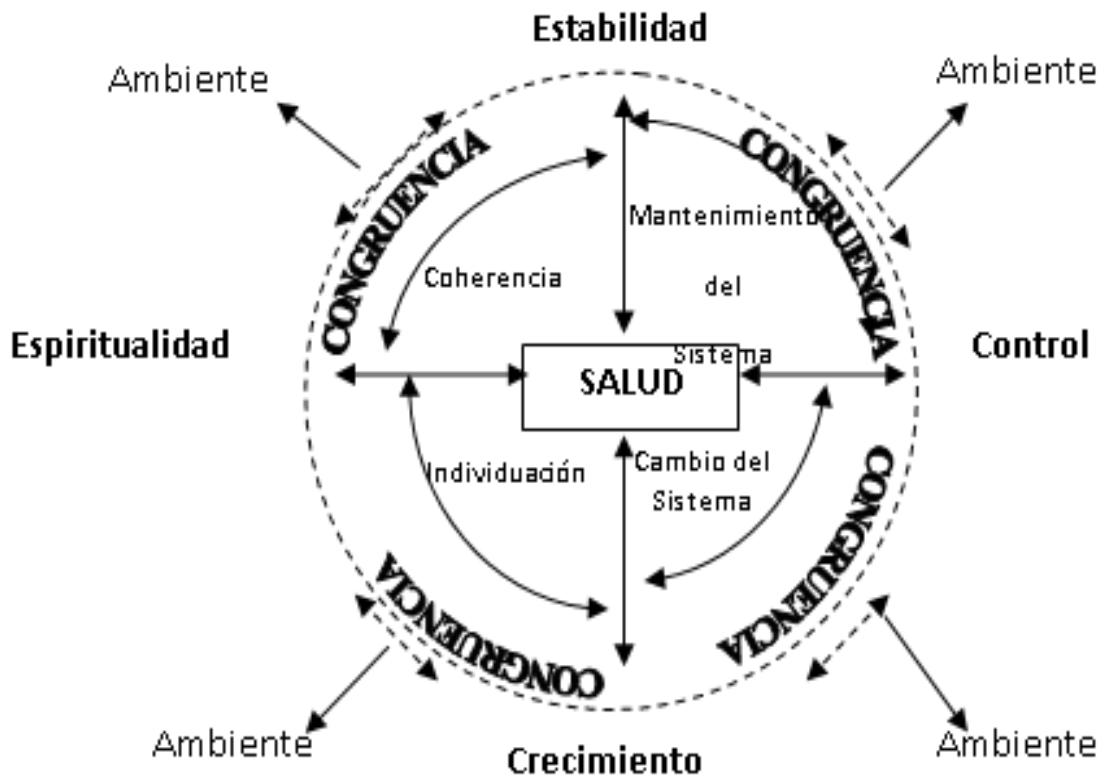


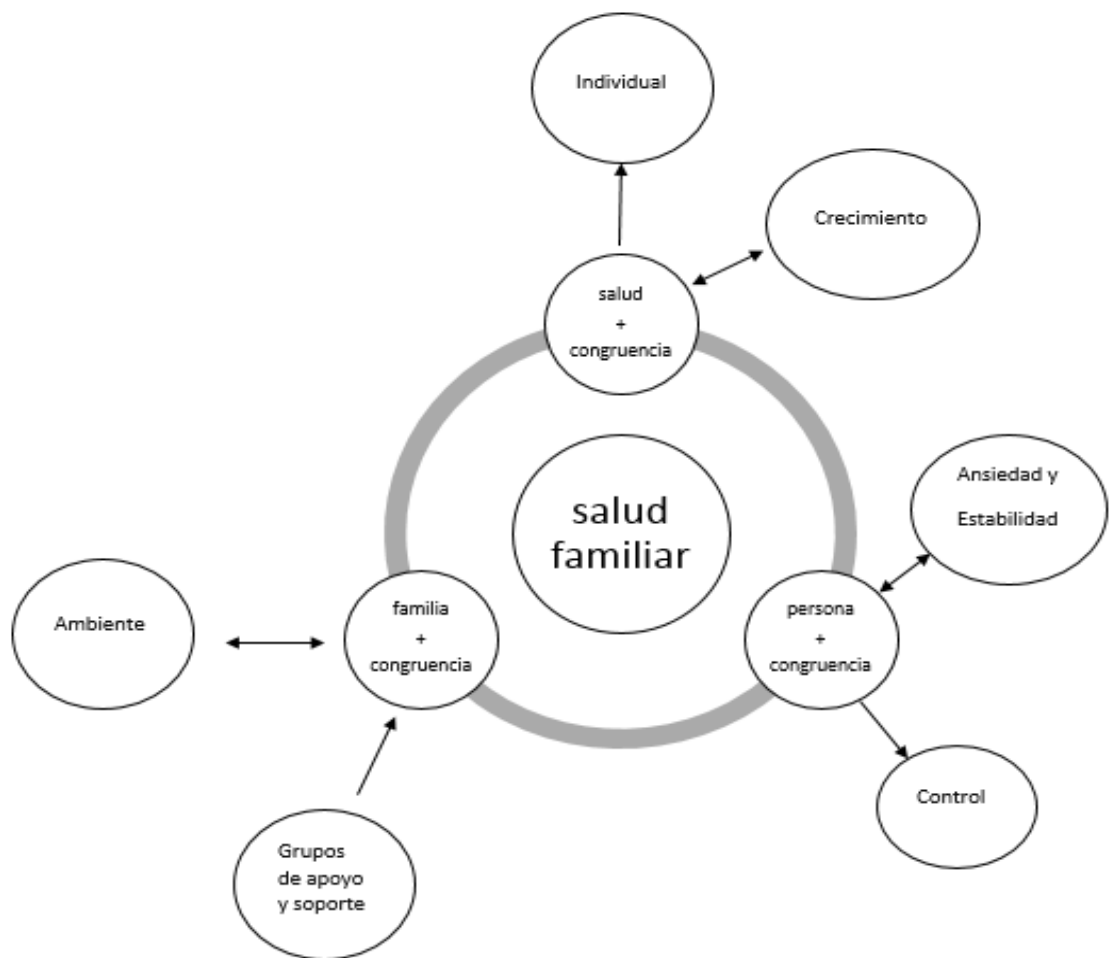
Figura 1. Modelo del Marco de Organización Sistémica de Marie Luise Friedemann, 1995.

Nota: Bajo este marco teórico se pretende identificar el fenómeno del cuidado que se da al interior de la familia cuando uno de sus integrantes presenta enfermedad crónica; específicamente Ca Ma, por lo tanto para dar respuesta a la presente investigación se retomaran cuatro conceptos centrales: Persona, Familia, Salud y Salud Familiar. Además se integraran las cuatro dimensiones: coherencia, mantenimiento del sistema, cambio del sistema e individuación a nivel personal y familiar.

Finalmente el modelo de Marco de Organización Sistémica de Marie Luise Friedemann (1995), permite conceptualizar, evaluar e investigar fenómenos relacionados con la salud familiar, conceptos que competen al funcionamiento o funcionalidad familiar en su totalidad y no a la suma del funcionamiento o funcionalidad de cada uno de sus integrantes. De acuerdo con la teoría la salud familiar puede tener diversas formas de expresión, pero no hay una forma estándar que refleje un funcionamiento familiar total.

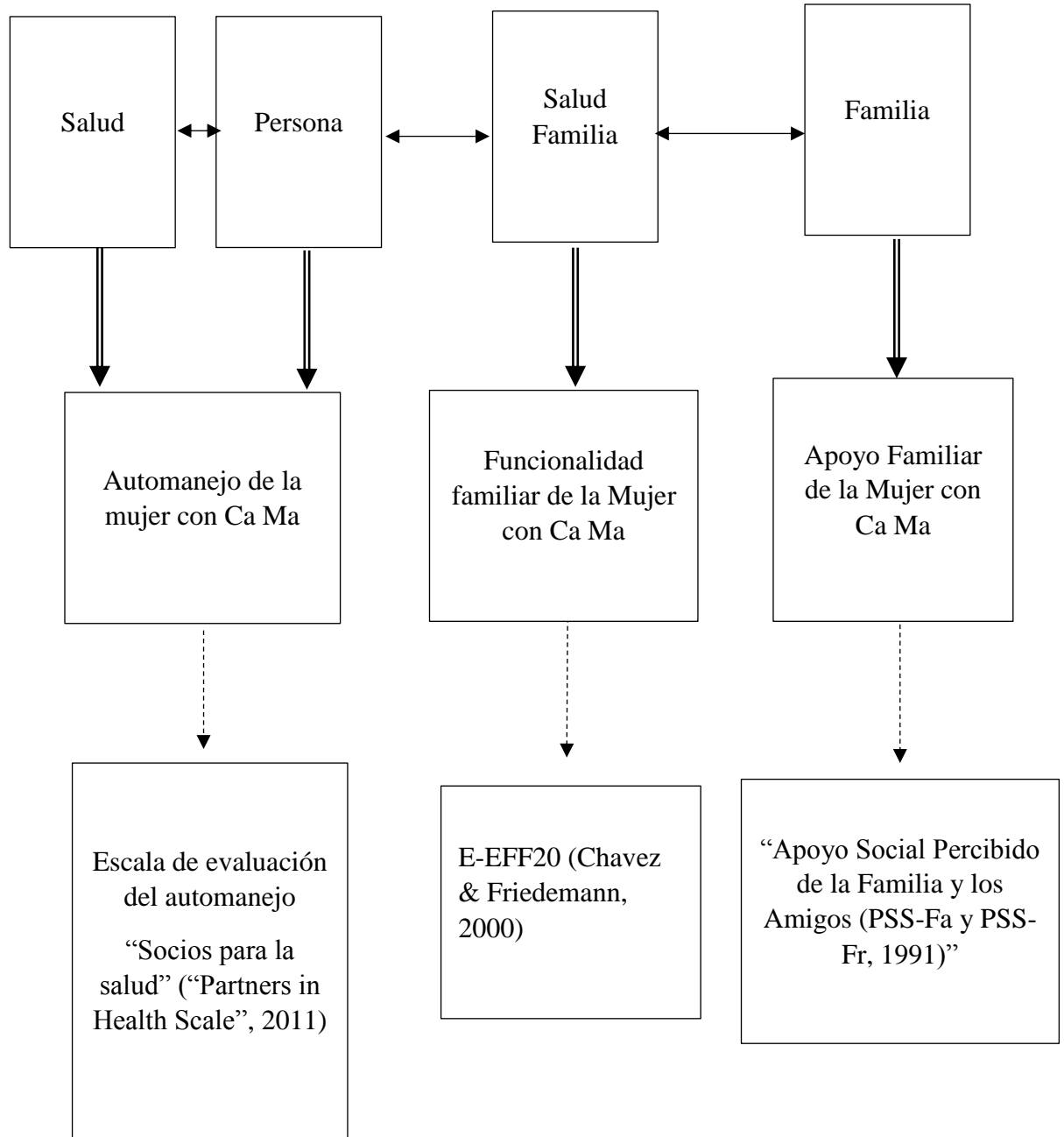
1.3.1 Ubicación del Fenómeno de Estudio en el Marco Teórico

A continuación se presenta el fenómeno de estudio en el Modelo de Organización Sistémica de María Luisa Friedemann (1995).



1.3.2 Estructura Conceptual-Teórico- Empírica del Marco de Organización

Sistémica de Marie Luise Friedemann



1.4 Estudios Relacionados

Kim et al (2018) realizaron un estudio cualitativo en un grupo de 20 sobrevivientes de CaMa que se sometieron a terapia contra el cáncer (tiempo promedio desde el diagnóstico 3.4 años) en un hospital universitario en Corea del Sur, utilizando un análisis de contenido convencional para los datos arrojados. El objetivo del estudio fue explorar las necesidades de automanejo en sobrevivientes de CaMa que habían completado el tratamiento. Los resultados muestran 5 temas sobre las necesidades de automanejo de postratamiento de las sobrevivientes con CaMa y fueron los siguientes: (1) necesidades de manejo de síntomas, (2) necesidades de manejo emocional, (3) necesidades de adquisición de información, (4) necesidad de una relación con proveedores de salud, y (5) necesidades de adaptación. Específicamente, los participantes revelaron la necesidad de adquirir habilidades para el automanejo para aliviar los síntomas como la neuropatía periférica y el insomnio, lidiar con problemas emocionales como el miedo a la recaída, ansiedad y depresión y adaptarse a los cambios debidos al tratamiento del cáncer que tienen que ver con la imagen corporal, estilo de vida, y cambios de roles. En particular, los participantes expresaron una necesidad sustancial de una relación constructiva con los proveedores de atención médica que, al respetarlos y comunicarse con ellos, les ayudaría a empoderarlos. Los participantes valoraron mucho la confianza en sí mismos para un automanejo exitoso.

Su et al (2017) realizaron un estudio en una clínica de CaMa de un hospital general en el centro de Taiwán en donde incluyeron 300 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de CaMa usando una entrevista neuropsiquiátrica y el test de APGAR para

la medición del apoyo familiar. El objetivo de su estudio fue identificar el trastorno depresivo mayor en pacientes con CaMa y la asociación entre el apoyo familiar utilizando un valor de $p = 0.05$ para indicar estadística de significado. De acuerdo a los resultados se observó que la prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes con CaMa fue del 8,33%, y esto se asoció positivamente con el insomnio, los antecedentes familiares psiquiátricos, el dolor y radioterapia y asociado negativamente con la menopausia, la duración del cáncer y la terapia hormonal; en relación al apoyo familiar (proporción de probabilidades ajustada = 0,87, IC del 95%: 0,78 a 0,98) se encontró que su ausencia era un factor importante para el desarrollo del trastorno depresivo en pacientes con CaMa. El resultado mostró que aquellos sin depresión mayor tenían mejor apoyo familiar ($p=0.001$).

Tose, Molano, & Muñoz (2017) realizaron un estudio cualitativo etnográfico realizado con diez mujeres, cinco en tratamiento y cinco en control ambulatorio; el objetivos de este estudio fue la descripción de los hábitos de vida del CaMa según la etapa en la que se encontrara y la identificación de los factores básicos condicionales (edad, nivel educativo, etc.), describiendo los requisitos de autocuidado universales (relación familiar y social), desviación requisitos de salud (conocimiento general del cáncer) e identificación de prácticas y necesidades de autocuidado. Los resultados muestran que el conocimiento sobre el CaMa es deficiente, lo ubican como una enfermedad tabú en donde su sinónimo es sufrimiento, dolor, desfiguración y muerte; genera cambios en la calidad de vida haciendo que el proceso de la enfermedad sea lento y difícil. De la misma manera identifica que los procedimientos que deben realizar los pacientes y su familia (cuidadores) constituyen un obstáculo en el proceso de recuperación de su salud, identificaron también la falta de un patrón estándar de atención

integral para mujeres con CaMa, ya que el tratamiento es exclusivamente clínico y no incluye aspectos psicosociales propios del cáncer de mama que brinden pautas para ellos y su familia en el apoyo que este implica en este proceso.

Zapata, López, Martínez, & Zapata (2017) realizaron un estudio descriptivo, transversal y de correlación en el cual participaron 63 mujeres con diagnóstico de CaMa entre 2 a 24 meses de evolución; estudiaron variables sociodemográficas y clínicas mediante una entrevista y las estrategias de afrontamiento con el instrumento “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” y funcionalidad familiar con el cuestionario de Percepción de Función Familiar FFSIL; la información obtenida se procesó mediante el paquete estadístico SPSS 23 empleando estadística descriptiva y analítica, Pearson, X² y razón de prevalencia. Con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en las pacientes con CaMa. Identificaron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las de tipo activo en 68% de las mujeres estudiadas, siendo la resolución de problemas la más frecuente en 43%. Los factores que se relacionaron con el afrontamiento activo fueron edad ($p=0.019$), estado civil ($p= .013$), y pertenecer a familia funcional ($p=0.000$), de igual manera obtuvieron que la funcionalidad familiar es un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo en las pacientes con CaMa.

Ávila (2015) realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo, ideográfico, prospectivo y con alcance de resultados analítico donde incluía a todos los pacientes atendidos en la unidad de cuidados paliativos en el Hospital San Juan de Dios y Hospital México en el país de Costa Rica durante el segundo semestre del 2013 con el objetivo de evaluar la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los pacientes

oncológicos atendidos; encontrando que en el hospital México, el 87.2% de las familias de los pacientes oncológicos son altamente funcionales, y el 90.6% en el hospital San Juan de Dios; sin embargo en ambas poblaciones se resaltó la necesidad de concientización sobre la enfermedad para mejorar la funcionalidad social y familiar de los pacientes oncológicos y de sus parejas ante el tratamiento de la patología, así como ante el abordaje psicosocial de la misma (87.5% de parejas); también encontraron un elevado nivel de funcionalidad familiar en pacientes de mayor edad y respecto a la calidad de vida, los resultados del estudio encontraron mayor calidad en aquellos pacientes con ausencia de dificultades físicas y afectivas en donde la percepción es casi excelente en relación a su estado de salud general, por otra parte identificaron un gran nivel de deterioro de la calidad de vida en pacientes con descontrol en el manejo de síntomas físicos, siendo los principales los cambios en la apariencia (caída de cabello, cejas y pestañas), diarrea, fatiga, pérdida de apetito y disnea.

Smith, Mc Allen, Duran & Sanders (2015) en Michigan realizaron un estudio de tipo retrospectivo y longitudinal en sobrevivientes del CaMa (310 participantes) y sus familiares biológicos (413 familiares femeninas de primer o segundo grado) donde los objetivos eran identificar los predictores demográficos y clínicos de apoyo; y determinar la interdependencia del apoyo familiar. De acuerdo a los resultados encontraron que la educación y el nivel de vida influían en el estado de salud y a menor nivel económico se veía afectado el apoyo familiar, de igual manera el acceso a servicios clínicos se veía limitado por la escases de recursos, encontraron también que el apoyo familiar fue mayor en triadas en comparación con las diadas; en todas las unidades familiares, los sobrevivientes de CaMa mostraron mayor autoeficacia y se asociaron con un mayor apoyo familiar.

Barzanjeh, Rahmani & Sheikhnejhad (2014) realizaron un estudio de tipo descriptivo y correlacional en el que participaron 101 hombres con cáncer ingresados en el hospital Tabriz Shahid Ghazi mediante un método de muestreo por conveniencia usando el dispositivo de evaluación familiar para la recopilación de datos que investiga el funcionamiento de la familia en la resolución de problemas, la comunicación, los roles, la participación afectiva, la capacidad de respuesta afectiva, el control del comportamiento y los dominios de funcionamiento general en donde la puntuación más alta identificaba un mejor funcionamiento familiar, asimismo, se recogieron las características demográficas; los datos obtenidos se trabajaron con el software SPSS versión 13 utilizando estadísticas descriptivas e inferenciales y prueba t independientes, ANOVA de una vía y pruebas de correlación de Pearson. El objetivo del estudio fue investigar la función de las familias iraníes con un paciente de cáncer de sexo masculino y sus factores relacionados desde la perspectiva de los pacientes. Los resultados obtenidos muestran que los participantes refirieron un funcionamiento familiar inadecuado en todos los dominios. La puntuación más baja fue en la comunicación y la puntuación más alta fue en el dominio de control de comportamiento. Hubo una correlación estadística significativa entre la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes con el nivel de educación de los participantes y el trabajo, mientras que no hubo una correlación significativa entre la puntuación del funcionamiento familiar de los pacientes con la edad, la situación de la vida, el número de niños, la edad del niño mayor, Duración del matrimonio y tiempo transcurrido desde el diagnóstico; de igual manera se encontró que el funcionamiento familiar inadecuado indica la importancia de proporcionar servicios de consulta para los pacientes con cáncer y su familia.

Meneses & Andrade (2012) realizaron un estudio de tipo cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal entre los meses de agosto y noviembre del 2010 en hogares de 69 adultos con cáncer, citando un total de 506 miembros en sus redes de apoyo cuyo objetivo fue caracterizar la red de apoyo social de adultos con cáncer. Los resultados reportan que en el soporte contemplado los enfermos dan más apoyo del que recibieron, el apoyo proporcionado y el que más se recibió fue respeto y el menos fue cuidar en una situación de enfermedad mencionando limitaciones familiares frente a esta temática por falta de conocimiento y compromiso.

1.5 Definición Operacional

Automanejo: acciones que desarrolla el integrante con CaMa para mantener un control de la propia enfermedad en función a la adherencia al tratamiento farmacológico, conocimiento de la enfermedad, manejo de los efectos secundarios así como de los signos y síntomas. Mismas que medirán a través de la escala Automanejo en padecimientos crónicos Partners in Health Scale. Socios para la Salud (2011).

Apoyo Familiar: fuente de fortaleza para la adaptación a una nueva situación de salud, es todo lo que se origina de diversas fuentes como como los padres, hermanos, parejas, hijos, amigos cercanos, algunos autores menciona que cuando no existe familia los compañeros más cercanos pueden asumir ese papel. Concepto multimodal medido en apoyo brindado por familiares y apoyo brindado por amigos a través del uso de la escala Apoyo Social percibido de la Familia y los amigos. (PSS-Fa y PSS-Fr, 1991).

Funcionalidad Familiar: grupo de relaciones entre las personas que se generan al interior de cada familia y confieren identidad a los individuos. Además es la capacidad

para cumplir los requerimientos de sus miembros y ajustarse a las situaciones de cambio durante los procesos de enfermedad mediante una transición armónica de una etapa a otra en su ciclo vital manteniendo su organización, desarrollando procesos en la familia, realizando tareas de la vida diaria y manteniendo un ambiente seguro y protector. Misma que se medirá a través del instrumento E-EFF20 por Chávez & Friedemann, 2000.

1.6 Objetivo General

Determinar el efecto de la funcionalidad familiar y el apoyo familiar en torno al automanejo de mujeres con CaMa

1.7 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la muestra a nivel personal y familiar.
- Identificar como es la funcionalidad familiar en mujeres con CaMa.
- Identificar el nivel de apoyo familiar en mujeres con CaMa.
- Identificar el nivel de automanejo en las mujeres con CaMa.

Capítulo II

Metodología

En este apartado se presenta la metodología que se llevará a cabo para dar respuesta a los objetivos planteados. Incluye el diseño del estudio, población, muestra y muestreo, criterios de selección, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas, y estrategias de análisis.

2.1 Diseño del Estudio

El diseño será descriptivo, transversal y correlacional (Polit & Hungler, 1999). Debido a que se buscará describir las características de mujeres que padecen cáncer de mama, así como buscar las relaciones entre la funcionalidad familiar, el apoyo social y el automanejo en dicho padecimiento.

2.2 Población

La población estará conformada por mujeres entre 20 a 65 años de edad con diagnóstico de Ca Ma según los criterios de la Asociación Americana de Oncología (biopsia en lesión subclínica) que acuden para su tratamiento en las unidades CESA (Centro de Salud) de la Jurisdicción No. 5 de Nopalucan Puebla; que cumplan con los criterios de inclusión y que no presenten realización de mastectomía al momento del estudio.

2.3 Muestra y Muestreo

El muestreo será no probabilístico por conveniencia donde el CESA será elegido deliberadamente por la atención que brinda a pacientes con cáncer de mama. Para lo cual

se solicitaran los listados de las candidatas para ser identificados como sujetos de estudio. El tamaño de la muestra será delimitado a través del censo de este se realizó el reclutamiento de las pacientes, a través del cual la muestra fue de 130 pacientes.

2.4 Criterios de Inclusión

Mujeres que cuenten con el diagnóstico médico de Ca Ma en un periodo mayor a 5 meses, en cualquiera de los estadios de la enfermedad, verificado a través del expediente clínico, que asiste regularmente a su tratamiento (quimioterapia, radioterapia, mastectomía y hormonal) (cumple con las citas programadas) al Centro de Salud de Nopalucan Puebla; verificado a través de los sellos en su carnet de citas de la cartilla nacional de salud de la mujer y que cuente con al menos un integrante en su familia.

2.4.1 Criterios de Exclusión

Pacientes que voluntariamente no acepten participar en la investigación, que no sepan leer y escribir, mujeres embarazadas, pacientes con registros incompletos en su ficha clínica al centro de Salud de Nopalucan Puebla, mujeres con CaMa menores a 20 años y mayores a 65 años, mujeres con familias extensas, mujeres con algún problema psiquiátrico, depresión crónica, que no puedan tomar decisiones por ellas mismas y mujeres con CaMa con alguna otra enfermedad agregada

2.4.2 Criterios de Eliminación

Mujeres que no sean diagnosticadas de CaMa, mujeres que llenen el cuestionario de manera incompleta o errónea

2.5 Instrumentos de medición

Para el presente estudio se utilizará una cédula de datos personales (apéndice A) y tres instrumentos de lápiz y papel; La Cédula de Datos Personales (CDP) está conformada por 18 reactivos referentes a describir las características sociodemográficas de mujeres con Ca Ma como son: edad, sexo, escolaridad, ocupación, número de integrantes en su familia, tiempo con el diagnóstico de su patología; entre otros.

La variable automanejo será evaluada a través de la Escala de evaluación del automanejo “Socios para la salud” (“Partners in Health Scale”), Apéndice B. Es un cuestionario basado en los principios del automanejo. (Battersby et al, 2003). La escala tiene como objetivo la autoevaluación del paciente, respecto al grado de dificultad en su automanejo. Es una escala formada por 12 reactivos con formato de respuesta tipo Likert que va desde el 0 hasta el 8, su interpretación es a mayor puntaje mejor automanejo. Se han reportado entre 3 y 4 dimensiones en su estructura factorial y consistencia interna de 0.82 a 0.88 en su país de Origen. En México fue adaptado y validado por Peñarrieta de- Córdoba, Flores, Gutiérrez- Gómez, Piñones- Martínez y Castañeda Hidalgo (2013) con una muestra de 391 usuarios con alguna condición crónica. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 y una estructura factorial de 3 dimensiones 1) adherencia al tratamiento (3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9), 2) conocimiento de la enfermedad (pregunta 1 y 2), 3) manejo de los signos y síntomas (10, 11 y 12). Conocimiento de la enfermedad (0 – 16), manejo de signos y síntomas (0 – 24) y adherencia al tratamiento (0 – 56), cada una con un puntaje correspondiente, también cuenta con un índice general entre de 0 – 96 en donde el puntaje sea más cercano al mayor valor, significa que el nivel de automanejo es mayor (37). El instrumento

categoriza el nivel de automanejo en nivel “deficiente”, “regular” y “adecuado”, los puntos formulados son: Conocimiento de la enfermedad: deficiente (0-5), regular (6-12) y adecuado (13-16). Adherencia al tratamiento: deficiente (0-19), regular (20-38) y adecuado (39-56) y finalmente manejo de signos y síntomas: deficiente (0-8), regular (9-17) y adecuado (18-24).

Índice General del nivel Automanejo se categoriza de la siguiente manera: Nivel Puntaje Adecuado 66 a 96 puntos, nivel de puntaje regular 32 a 65 puntos y finalmente nivel de puntaje deficiente 0 a 31 puntos.

La variable de apoyo familiar se medirá con la: Escala del Apoyo Familiar: “Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)” (Apéndice C) en donde se hace uso de las escalas con 16 y 12 ítems respectivamente (ver apéndice C1 y C2). Con base en el análisis de componentes principales que se obtiene en el modelo Rasch, se confirma que las escalas son unidimensionales y la varianza explicada para cada escala fue aceptable, de 48.5% para PSS-Fa y de 39.6% para PSS-Fr. Ambas escalas se encuentran en un formato con tres opciones de respuesta: Sí, No y No sé. Los ítems se califican otorgando un 1 a las respuestas de Sí y 0 a las respuestas de No y No sé. Las escalas cuentan con dos y cuatro ítems respectivamente, que se califican en orden inverso, dándole la calificación de 1 a la respuesta No y 0 al Sí y No sé. (Domínguez, Salas, Contreras & Procidiano, 2010).

Finalmente para la variable de funcionalidad familiar se utilizó la escala de efectividad del funcionamiento familiar (E-EFF20), instrumento que se diseñó para evaluar la efectividad de la misma (Apéndice D). Este instrumento se ha aplicado en población estadounidense y ha sido adaptado a población latina residente en este país (Chávez & Friedemann, 2000). El instrumento consta de 20 reactivos que miden los

procesos familiares; cinco reactivos valoran la coherencia, seis el mantenimiento del sistema, tres la individuación y seis el cambio del sistema; cada uno de los reactivos tiene valores de uno, dos y tres puntos, considerando como funcionalidad aceptable el equivalente a tres y con problemas todas aquellas respuestas con valor de dos o uno. El valor total del instrumento es de 60 puntos; y se definen como familias efectivas las que alcanzan una puntuación entre 54 y 60; por debajo de esta puntuación presentan problemas y son consideradas familias inefectivas. (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016).

La coherencia se mide con las pregunta 1, 5,11, 14 y 18, el total del puntaje es de 15, quienes obtienen 14 y 15 puntos se integran en la clasificación de efectividad en este proceso, puntaje menor a éste se considera como inefectividad (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016). El proceso de mantenimiento del sistema se mide con los reactivos 2, 6, 8,12, 15 y 19; el puntaje aceptable para definir efectividad en este proceso es de 16 a 18 puntos, inferior a esta cifra se considera como inefectividad. (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016). Para individuación 8 y 9 es una puntuación admisible para efectividad del proceso; se evalúa con los reactivos 3, 9 y 16 de la escala utilizada. (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016). El proceso de cambio del sistema se mide con los reactivos 4, 7, 10,13, 17 y 20. Para considerar efectividad en este proceso el puntaje aceptable es de 16 a 18 puntos, de manera que, por debajo de este puntaje se considera inefectividad en el proceso. (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016).

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach obtenido en estudios previos en alumnos de secundaria fue de .81 (Chávez & Friedemann, 2001) y de preparatoria .85 (Chávez & Espinoza, 2000) considerándose aceptable según Polit y Hungler (1999).

2.6 Procedimiento para la recolección de datos

En primer lugar se solicitó la autorización del Comité Académico de Investigación y Estudios de Posgrado y al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. En segundo lugar se realizó una visita a las autoridades del Centro de Salud de Nopalucan Puebla, perteneciente a la Jurisdicción V para solicitar la autorización de la aplicación del instrumento a la población, así como el apoyo para el reclutamiento de las mujeres con CaMa y sus familias que cumplan con los criterios de inclusión, apoyada del censo actualizado del centro de salud donde se tienen el control de las mujeres identificadas con esta patología ubicados por sectores, se seleccionaron a los sujetos de estudio y una vez identificados se procedió a ir al centro de salud para ser captadas por primera vez y solicitarles su participación de manera voluntaria, explicándoles el objetivo del estudio y proponiendo la firma del consentimiento informado. (Anexo E)

La información se recolectó con apego a las consideraciones éticas. Durante la aplicación de los instrumentos se veló porque las personas tuvieran comprensión de los ítems explicando los mismos de ser necesario hasta estar perfectamente comprendidos, se escogió un lugar que brindara privacidad y concentración para el buen diligenciamiento del instrumento. La identificación de las personas que participaron en el estudio se hizo omitiendo los datos de identificación.

El proceso del llenado de los instrumentos se realizó con una duración aproximada de 40 minutos (8 minutos para cada instrumento) y 5 minutos más para la explicación de lo que se realizaría. El proceso del uso de la entrevista para el estudio fue una herramienta fundamental en el acercamiento a las personas, familias y comportamientos.

Al término del procedimiento se le agradeció al paciente y a su familia por el tiempo invertido en su participación y se les notificó que los resultados obtenidos en este estudio serían divulgados de manera científica y en todo momento estaría su anonimato protegido. También se les dio a conocer que los registros estarían almacenados por doce meses y que al término de este plazo serían destruidos y desechados.

2.7 Ética del estudio

El presente artículo se apegó a la ley general de salud en materia de investigación para la Salud título segundo, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos (secretaría de salud, 1987, última reforma 2014).

El investigador se debe apegar a los reglamentos éticos en el cual se garantice el bienestar, respeto y derecho de los individuos que participan en el presente estudio en los siguientes artículos. De acuerdo al artículo 13, que nos indica que en toda lo establecido tomó en consideración lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud (SSA, 1984) en materia de investigación en salud, en lo que respecta al: Título segundo.

Prevaleció el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos de los participantes y su bienestar protegiendo su privacidad durante la investigación al no registrar el nombre en el instrumento y obteniendo resultados de manera general (Título segundo, Cap. 1, Art. 13 y 16).

La presente se considera que fue una investigación sin riesgo porque únicamente se aplicó un cuestionario (Título 2do, Cap. 1, Art. 17, Fracción I). De la misma manera se obtuvo la aprobación de las autoridades universitarias de la FE-BUAP para la

realización del estudio, además de obtener el consentimiento informado de los participantes incluidos en el estudio, explicando clara y completamente la justificación y los objetivos de la investigación, fue firmado por parte de los participantes con la seguridad de que no se identificarían y se mantendría la confiabilidad de la información relacionada con su privacidad tomando en cuenta lo descrito en los Artículos 20; 21, Fracción I y VIII; 22, Fracción II y IV y el 29 (Apéndice E).

2.8 Estrategia de Análisis

Los datos obtenidos serán procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se utilizará estadística descriptiva (frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central) e inferencial dependiendo de la distribución de los datos a través de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con correlación de Liliefors para dar respuesta a los objetivos del estudio.

CAPITULO III

Resultados

En este apartado se presentan los hallazgos estadísticos del estudio. En el siguiente orden: a) características sociodemográficas, b) estadística descriptiva, c) consistencia interna del instrumento, d) prueba de Kolmogorv-Smirnov y finalmente e) análisis de estadística inferencial.

3.1 Estadística Descriptiva

En correspondencia al objetivo específico uno, que indica identificar las características sociodemográficas de la población de estudio, se obtuvo una muestra poblacional de 33 participantes del sexo femenino, en donde la edad iba de los 27 hasta los 54 años de edad, la edad promedio de 45 años \pm *DE*. El 66.6% culminó estudios hasta nivel preparatoria.

En cuanto a la ocupación el 72.3 % señalaron que están sin ocupación laboral por el momento, de la misma manera una sexta parte refirió vivir con personas que no comparten consanguinidad y finalmente las mujeres con CaMa mencionan que el 84.9% viven con una pareja actualmente.

Tabla 1
Datos demográficos de las mujeres con CaMa

Mujeres con CaMa		
Formación Académica	(f)	%
Secundaria	8	24.2
Preparatoria	14	42.4
Licenciatura	6	18.2
Ocupación		
Trabaja	9	27.3
No trabaja	23	69.7
Jubilada	1	3

Nota: (f) = frecuencia, % = porcentaje

n= 33

Tabla 1
Datos demográficos de las mujeres con CaMa

Mujeres con CaMa			
Con quien vive		(f)	%
	Pareja e hijos	28	84.8
	Otros	5	15.2
Estado civil			
	Casada	16	48.5
	Divorciada	3	9.1
	Viuda	2	6.1
	Unión Libre	12	36.4

Nota: (f) = frecuencia, % = porcentaje n= 33

Tabla 2
Edad de las mujeres con CaMa

Mujeres con CaMa				
Edad	X	DE	Vm	VM
	45	6.7	27	54

Nota: X= media, DE= desviación estándar, Vm= valor mínimo, VM= valor máximo n=33

En referencia al automanejo este grupo de mujeres manifiesta contar en su totalidad con diagnóstico médico subclínico de CaMa, conocen la enfermedad que tienen y los signos y síntomas de la misma el 90% sin embargo algo contradictorio es que al conocer el diagnóstico médico de su patología no identifican el estadio en el que se encuentra cerca del 85% de las mujeres de este grupo, y de la misma manera una tercera parte del total no sabe manejar los efectos secundarios de su patología dentro de su actividad diaria, de igual manera una tercera parte identifica problemas para interactuar con la gente derivados de su problema de salud.

Tabla 3

Automanejo en mujeres con CaMa

Mujeres con CaMa		
	(f)	%
Diagnóstico Médico		
Si	33	100
No	0	0
Conocimiento y causas		
Si	31	93.9
No	2	6.1
Conocimiento del estadio		
Si	5	15.2
No	28	84.8
Sabe manejar efectos secundarios		
Medianamente todo	3	9.1
Casi todo	8	24.2
Todo	22	66.7
Interacciona con otros a pesar del CaMa		
Si	11	33.3
No	22	66.7

Nota: (f) = frecuencia, % = porcentaje n= 33

Por su parte el apoyo Familiar en el grupo de mujeres con CaMa se describe aparentemente positivo en un inicio; pues mencionan en su totalidad sentirse apoyadas anímicamente por su familia frente a esta patología y que además dependen de ellos para este apartado, un cuestionamiento claro surge en que si ellas dependen de su familia para sus emociones, que sucede con el 15.2% de mujeres que no viven con ningún familiar consanguíneo, ¿apoyan sus emociones en las personas con las que viven?

Por otra lado casi una tercera parte siente que su familia no se acerca en su totalidad a ellas cuando necesitan apoyo frente a un problema porque manifiestan la enfermedad ya es demasiado y al escuchar más problemas de los miembros de su familia su situación de salud agravaría probablemente.

Tabla 4

Apoyo Familiar en las mujeres con CaMa

Mujeres con CaMa		
Recibe ánimos de su familia	(f)	%
Si	33	100
No	0	0
Depende emocionalmente de su familia		
Si	33	100
No	0	0
Los integrantes de su familia recurren a usted cuando tienen problemas		
Si	23	69.7
No	10	30.03

Nota: (f) = frecuencia, % = porcentaje

n= 33

Por su parte la funcionalidad familiar en el grupo de mujeres con CaMa se describe con alto grado de congruencia; pues mencionan que ante algún tipo de problema nuevo dentro de la familia siempre buscan sea resuelto de la mejor manera en casi el 70% de los casos; cabe resaltar que la mayoría de las mujeres comenta que el CaMa surge como un problema que desestabiliza la función de toda la familia, pero les resulta positivo saber que el afrontamiento es asertivo y resuelve nuevamente los roles y sus funciones dentro de su círculo familiar. De la misma manera el Respecto a la funcionalidad familiar 69% de familias, se clasificaron con funcionalidad adecuada y el 31% de familias reportaron una funcionalidad moderada.

Tabla 5

Funcionalidad Familiar en las mujeres con CaMa

Mujeres con CaMa		
	(f)	%
En la familia es muy difícil resolver problemas inesperados	5	15.2
Pocas veces en la familia se solucionan problemas no esperados	5	15.2
La familia generalmente resuelve problemas inesperados	23	69.6

Nota: (f) = frecuencia, % = porcentaje n= 33

3.2 Confiabilidad de los instrumentos

En la Tabla 6 se describe la confiabilidad de cada uno de los instrumentos a través del coeficiente de alfa de Cronbach.

Tabla 6

Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	No. de ítems	alfa de Cronbach
Instrumento E-EFF20 por Chávez & Friedemann, 2000	20	.791
Escala de apoyo social: familia y amigos Procidano y Heller, 2003	16	.717
Escala Automanejo en padecimientos crónicos Partners in Health Scale. Socios para la Salud 2011	12	.822

n= 33

De acuerdo a Grove & Gray (2019), la confiabilidad de los instrumentos es aceptable para los tres.

3.3 Prueba de normalidad

A continuación, se muestran los valores de la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S), utilizado para determinar la distribución de las variables y elegir con ello el estadístico adecuado para el análisis inferencial de esta investigación (Tabla 7).

Tabla 7

<i>Prueba de Normalidad de Kolmogórov-Smirnov</i>		
Variable	<i>D^a</i>	<i>P</i>
Funcionalidad Familiar	.328	.000
Apoyo Familiar	.229	.000

Nota: D^a = prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, p = significancia n = 33

De acuerdo al resultado de la prueba de normalidad de K-S, los resultados muestran que no se presentó distribución normal para la mayoría de las variables ($p < .05$) por lo que se utilizará estadística no paramétrica.

3.4 Estadísticos de análisis inferencial

A continuación, se presentan los resultados de las pruebas estadísticas inferenciales de acuerdo al orden planteado en los objetivos de la investigación.

Para cumplir con el objetivo número dos, tres y cuatro que son: identificar como es la funcionalidad familiar en mujeres con cáncer de mama, identificar el nivel de apoyo familiar en mujeres con cáncer de mama e identificar el nivel de automanejo en las mujeres con cáncer de mama se procedió a determinar la relación entre las variables de funcionalidad familiar y apoyo familiar y posteriormente con el automanejo; para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 8
Matriz de Correlaciones

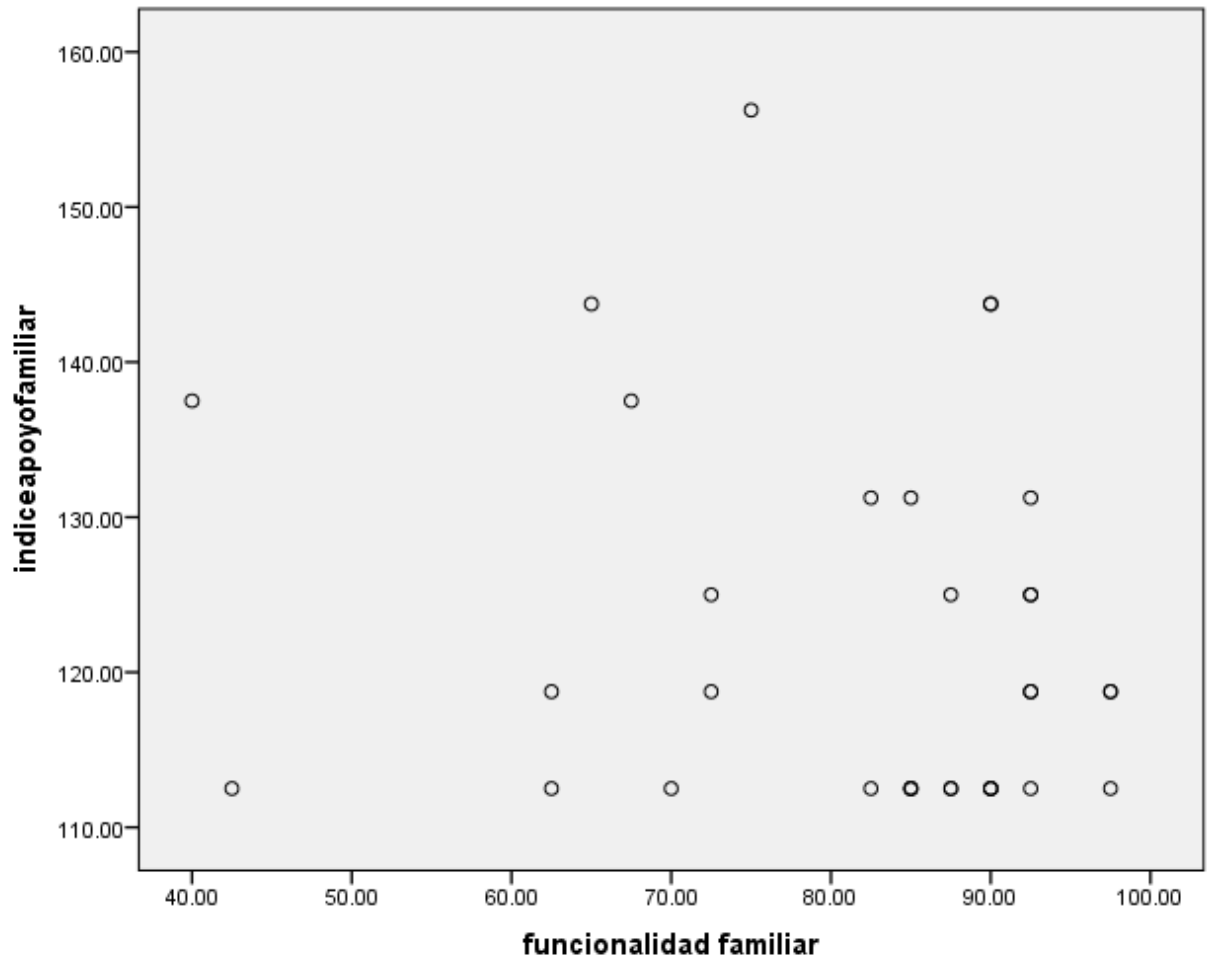
		Correlaciones		
			funcionalidad familiar	Índice apoyo familiar
Rho de Spearman	funcionalidad familiar	Coeficiente de correlación	1.000	-.089
		Sig. (bilateral)	.	.621
		N	33	33
	Índice apoyo familiar	Coeficiente de correlación	-.089	1.000
		Sig. (bilateral)	.621	.
		N	33	33

En este sentido se encontró una correlación positiva entre las variables y moderadamente significativa a .621, con un tamaño de efecto medio de acuerdo a la clasificación de Cohen (1988).

Los hallazgos mostraron que no existe correlación significativa entre el apoyo familiar y la funcionalidad familiar.

Figura 1

Gráfico de dispersión entre el apoyo familiar y la funcionalidad familiar



Para determinar en qué medida el apoyo familiar influye en la funcionalidad familiar de mujeres con cáncer de mama se corrió una regresión lineal simple en donde los resultados mostraron una $R^2 = 0.234$ lo cual quiere decir que los cambios en las funcionalidad familiar son explicados en un 21.2% por el apoyo familiar.

Capítulo IV

4. Discusión

El presente estudio tuvo como propósito determinar el efecto de la funcionalidad familiar y el apoyo familiar en torno al automanejo de mujeres con CaMa de 20 a 65 años (Murdaugh et al., 2018).

El Marco de Organización Sistémica (MOS). (Friedemann, 1995). Postula que todo tipo de organización funciona como un microsistema abierto, compuesto de subsistemas; en donde la familia es el microsistema y las personas que forman parte de él comprenden a los subsistemas; todo este conjunto de individuos giran en torno al bienestar o salud como un continuo que no se cumple y sin embargo siempre se busca, pues la salud es un concepto cambiante y abstracto para los individuos.

Los hallazgos indicaron lo siguiente; en primer lugar y en referencia al automanejo este grupo de mujeres manifiesta contar en su totalidad con diagnóstico médico subclínico de CaMa, conocen la enfermedad que tienen y los signos y síntomas de la misma el 90% sin embargo algo contradictorio es que al conocer el diagnóstico médico de su patología no identifican el estadio en el que se encuentra cerca del 85% de las mujeres de este grupo, y de la misma manera una tercera parte del total no sabe manejar los efectos secundarios de su patología dentro de su actividad diaria, de igual manera una tercera parte identifica problemas para interactuar con la gente derivados de su problema de salud.

En segundo lugar en relación al apoyo familiar en el grupo de mujeres con CaMa se describe aparentemente positivo en un inicio; pues mencionan en su totalidad sentirse apoyadas anímicamente por su familia frente a esta patología y que además dependen de

ellos para este apartado; algo contrario ocurre con los autores Su et al en el 2017; ellos manifiestan que en relación al apoyo familiar se encontró ausencia del mismo en su población de estudio y además esto era un factor importante para el desarrollo del trastorno depresivo en pacientes con cáncer de mama. El resultado mostró que aquellos sin depresión mayor 13% tenían mayor apoyo familiar presente. Un cuestionamiento claro en el presente estudio surge en que si las mujeres con CaMa dependen de su familia para sus emociones, que sucede con el 15.2% de mujeres que no viven con ningún familiar consanguíneo, ¿apoyan sus emociones en las personas con las que viven? Y por consiguiente se podría generar depresión mayor como en el estudio de los autores antes mencionados.

En tercer y último lugar al hablar sobre la funcionalidad familiar en el grupo de mujeres con CaMa se describe con alto grado de congruencia; pues mencionan que ante algún tipo de problema nuevo dentro de la familia siempre buscan sea resuelto de la mejor manera en casi el 70% de los casos; por su parte los autores Barzanjeh, Rahmani & Sheikhnejhad en el 2014 mencionan sobre resultados obtenidos en su estudio que los participantes refirieron un funcionamiento familiar inadecuado en todos los dominios. La puntuación más baja fue en la comunicación y la puntuación más alta fue en el dominio de control de comportamiento. De igual manera se encontró que el funcionamiento familiar inadecuado indica la importancia de proporcionar servicios de consulta para los pacientes con cáncer y su familia. Se podría entender que la funcionalidad familiar varía demasiado en el contexto en donde se estudie, debido a que una población es mexicana y la otra iraní. Nuevamente cabe resaltar que en este estudio la mayoría de las mujeres comenta que el CaMa surge como un problema que desestabiliza la función de toda la familia, pero les resulta positivo saber que el

afrontamiento es asertivo y resuelve nuevamente los roles y sus funciones dentro de su círculo familiar.

4.1 Limitaciones

El estudio presentó limitaciones en el diseño al ser un muestreo por conveniencia, por lo que no se pueden generalizar los resultados de este estudio a contextos diferentes del aquí propuesto. En cuanto a los instrumentos, se sugiere aplicarlos en un lugar silencioso, relajado y familiar para la persona a entrevistar debido a que les brinda un entorno seguro en el que se sienten a gusto y sin presiones para expresar sus sentimientos en torno a su patología ya que al no hacer eso se puede atribuir a todos estos agentes estresores y externos como un causante de la baja confiabilidad de los instrumentos; aunado a ello si no se toma el tiempo necesario para reflexionar y entender las preguntas los instrumentos pudo crear confusión en los participantes.

4.2 Conclusiones

El automanejo en las mujeres con CaMa es un tema bien identificado y manejado por este grupo de mujeres; este hallazgo destaca los componentes del mismo de manera amplia y detallada pues muestra las actividades que cada una de ellas realiza para el cuidado de su enfermedad en el proceso de recuperación de su salud.

4.3 Recomendaciones

Se sugiere realizar en futuras ocasiones este tipo de mediciones de variables con alguna otra de carácter psicológico, como lo podría ser el estrés o la depresión y alguna de tipo espiritual como la religiosidad pues los resultados obtenidos serían aún más productivos para la comunidad de enfermería, debido a que vemos al ser humano como un todo.

4.4 Bibliografía

Francisco Báez, Ofelia Medina, Mariá Rugerio, Guillermina García. (2009).

"Funcionalidad Familiar y Sobrecarga del Cuidador del Niño con Discapacidad Motora. Horizonte de enfermería, de
http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/20-2/funcionalidad_familiar.pdf

Cárdenas RF, Cervantes URM, Olmedo LM, et al. (2012). El papel de la familia en el proceso de recuperación de mujeres post-mastectomía. Arch Med Fam.

2012;14(2):37-45. Recuperado en 04 de noviembre del 2020, de

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49159>

Doede, A. L., Mitchell, E. M., Wilson, D., Panagides, R., & Oriá, M. (2018).

Knowledge, Beliefs, and Attitudes About Breast Cancer Screening in Latin America and the Caribbean: An In-Depth Narrative Review. *Journal of global oncology*, 4, 1–25. <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00053>

Domínguez Espinosa, Alejandra del Carmen y Salas Menotti, Irene y Contreras Bravo,

Carolina y Procidano, Mary E. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (1), 125-137.

[Fecha de Consulta 4 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0120-0534. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80520078012>

Fuentes Aguilar, Andrea Patricia, & Merino Escobar, José Manuel. (2016). Validación

de un Instrumento de Funcionalidad Familiar. *Ajayu órgano de difusión*

científica del departamento de psicología ucbsp, 14(2), 247-283. Recuperado en
04 de diciembre de 2020, de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2077-21612016000200003&lng=es&tlng=es.

Friedemann, ML. (1995). *The Framework of Systemic Organization. A conceptual Approach to Families and Nursing* (second edition). SAGE Publications Inc.

Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática. (15 de Octubre del 2020).

Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre).

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancermama20.pdf>

González Remigio Rosalía. (2001). *Efectividad de la Funcionalidad Familiar en Población Estudiantil Universitaria*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Dirección General de Bibliotecas. Recuperado de
<http://eprints.uanl.mx/6304/1/1080093851.PDF>

Jian-An Su, Dah-Cherng Yeh, Ching-Chi Chang, Tzu-Chin Lin, Ching-Hsiang Lai, Pei-Yun Hu, Yi-Feng Ho, Vincent Chin-Hung Chen, Tsu-Nai Wang y Michael Gossop (2016). *Depression and family support in breast cancer patients*. Dove Medical Press Limited, 13: 2389-2396. Recuperado 04 de Noviembre del 2020, disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/319696935_Depression_and_family_support_in_breast_cancer_patients

Mar-García, J., Peñarrieta-de Córdoba, I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Rangel-Torres, S., & León-Ramírez, M. de. (2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería universitaria*, 14(3), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>

Mesquita Melo, E., Magalhaes da Silva, R., De Almeida, A.M., Carvalho Fernandez, A.F., Mota Rego, C.D. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermeria Global*, 10 (1) 240-251. [Fecha de Consulta 4 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1695-1641. Disponible en: https://www.google.com/search?q=comportamiento+de+la+familia+frente+al+diagnostico+del+cancer+de+mama+enfermeria+global&rlz=1C1CHNY_esMX853US853&oq=comportamiento+de+la+familia+frente+al+diagnostico+del+cancer+de+mama+enfermeria+global&aqs=chrome..69i57.23590j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Mejía-Rojas, M. E., Contreras-Rengifo, A., & Hernández-Carrillo, M. (2020). Quality of life in women treated with chemotherapy for breast cancer in Cali, Colombia. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*, 40(2), 349–361. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>

Morales-Cruz, Jennifer y Bernal, Guillermo y Amaral-Figueroa, Marta (2017). Impacto y Viabilidad de una Intervención con Activación Conductual Mediante Actividad física para sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28 (1), 116-132. [Fecha de Consulta 03 de Diciembre de 2020].

ISSN: 1946-2026. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2332/233255999008>

Organización Mundial de la Salud. (Año 2018). Boletín de la Organización mundial de la salud. <https://www.who.int/bulletin/volumes/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (Año 2018). Programa de Cáncer.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es#:~:text=La%20OPS%20se%20suma, reducir%20el%20impacto%20del%20c%C3%A1ncer.

Ostiguín Meléndez, Rosa María y Pérez Zumano, Sofia Elena y Bernal Becerril, Martha Lilia y Amador Buenaba, Nancy Gigliola (2008). Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al Apoyo familiar. *Enfermería Universitaria*, 5 (2), 10-15. [Fecha de Consulta 4 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1665-7063. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3587/358741825003>

Pérez-Hernández, S., Okino-Sawada, N., Díaz-Oviedo, A., Lordelo-Marinho, P.M., & Ruiz-Paloalto, M.L.. (2019). Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 16(2), 185-195. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.643>

Ramírez Maribel (5 de Noviembre 2017). ¿Y si vemos el cáncer como un problema económico?. *Revista El Economista*.

<https://www.eleconomista.com.mx/economia/Y-si-vemos-el-cancer-como-problema-economico-20171105-0033.html>

Regina Secoli, Sílvia, Pezo Silva, María Concepción, Alves Rolim, Marli, & Machado, Ana Lúcia. (2005). El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. *Index de Enfermería*, 14(51), 34-39. Recuperado en 04 de noviembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007&lng=es&tlng=es.

Ruiz Carreño Paula. (2015). “Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama”. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/301274/TPRC.pdf>

Schneider Hermel, Júlia, Pizzinato, Adolfo, & Calderón Uribe, Magaly. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 439-467. Recuperado en 04 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200008&lng=es&tlng=es.

Sociedad Americana contra el Cáncer. (1 de Octubre del 2018). Directo a la información sobre el cáncer. <https://www.cancer.org/es.html>

Sociedad Española de oncología Médica. (7 de Febrero del 2020). Cáncer de Mama. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>

Sociedad Española de Oncología Médica. (Año 2018). Todo sobre el cáncer. <https://www.aecc.es/es/talleres/grupo-online-afrentando-cancer>

Zavala-Rodríguez, Ma. del Refugio, Ríos-Guerra, María del Carmen, García-Madrid, Guillermina, & Rodríguez-Hernández, Claudia Patricia. (2009). Funcionalidad

familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad

Crónica. *Aquichan*, 9(3), 257-270. Retrieved December 14, 2020, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

[59972009000300006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300006&lng=en&tlng=es).

Anexo A

Cédula de Datos Personales

Conteste poniendo una equis (X) frente a la opción que mejor complete su respuesta; en caso de tener dudas consúltelo directamente con su encuestador.

Fecha:

No. Encuesta:

Dirección:

Teléfono:

La casa en donde vive es: 1. Rentada () 2. Propia () 3. Prestada ()

Cuántas personas viven con usted en su casa (no se cuente a usted)

Edad:

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Escolaridad:

Analfabeta() Primaria() Secundaria() Bachillerato() Universidad()

Posgrado()

¿Con quién vive?

1. Solo ()

2. Pareja ()

3. Hijos ()

4. Pareja e Hijos

()

5. Otros (especifique): _____

Ocupación: 1. Trabaja () 2. No Trabaja () 3. Jubilada () 4. Pensionada ()

En caso de haber trabajado o trabajar ¿Qué actividades realizaba o realiza en su trabajo?

1. Empleada ()

2. Dueña ()

3. Socia ()

Estado Civil:

1. Soltera ()

2. Casada ()

3. Divorciada ()

4. Viuda ()

5. Unión Libre ()

)

¿Está afiliada a alguna institución de salud?

0. Ninguna ()

1. IMSS ()

2. ISSSTE ()

3. PEMEX ()

4. Seguro Popular

()

5. Otro _____

Anexo A
Cédula de Datos Personales

Conteste poniendo una equis (X) frente a la opción que mejor complete su respuesta; en caso de tener dudas consúltelo directamente con su encuestador.

¿Tiene diagnóstico médico de cáncer de mama?

1. Si ()
2. No ()

¿Conoce la enfermedad que tiene y sabe que le causa a su cuerpo?

1. Si ()
2. No ()

En una palabra escriba ¿Qué siente o piensa al tener cáncer de mama?

¿Sabe usted en que estadio del cáncer de mama se encuentra?

1. Si ()
2. No ()

En que estadio se encuentra:

1. No sé ()
2. Estadio 0 ()
3. Estadio I ()
4. Estadio II ()
5. Estadio III ()
6. Estadio IV ()

¿Qué tiempo tiene que recibió el diagnóstico de cáncer de mama?

1. Menos de 3 meses ()
2. Entre 3 y 6 meses ()
3. Entre 6 y 12 meses ()
4. Más de 12 meses ()
5. Más de 18 meses ()
6. Más de 24 meses ()

¿Su familia sabe que tiene cáncer de mama?

1. Si ()
2. No ()
3. Solo algunos ()

¿Recibe apoyo de su familia ante su enfermedad?

1. Si ()
2. No ()

Anexo A

Cédula de Datos Personales

Conteste poniendo una equis (X) frente a la opción que mejor complete su respuesta; en caso de tener dudas consúltelo directamente con su encuestador.

En caso de recibir apoyo de su familia ante su enfermedad escriba brevemente de qué tipo de apoyo recibe:

Apéndice B

Escala de evaluación del automanejo

“Socios para la salud” (“Partners in Health Scale”)

Responde colocando una equis (X) al número que mejor complete tu respuesta en donde cero (0) significa nada, uno (1) significa casi nada, dos (2) significa muy poco, tres (3) poco, cuatro (4) medianamente, cinco (5) un poco más la mitad, seis (6) medianamente todo, (7) casi todo y ocho (8) significa (todo).

PREGUNTAS									
1.	En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2.	En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es :								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3.	Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud.								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4.	Le comparte a su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como tomar tes o recibir terapias alternativas								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5.	Es capaz de solicitarle al médico o trabajador de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que a usted le gustaría, como cambiar las medicinas, interconsultas, etc.								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6.	Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7.	Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo): 0 1 2 3 4								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Apéndice B
Escala de evaluación del automanejo
“Socios para la salud” (“Partners in Health Scale”)

Responde colocando una equis (X) al número que mejor complete tu respuesta en donde cero (0) significa nada, uno (1) significa casi nada, dos (2) significa muy poco, tres (3) poco, cuatro (4) medianamente, cinco (5) un poco más la mitad, seis (6) medianamente todo, (7) casi todo y ocho (8) significa (todo).

8.	Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9.	Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10.	Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11.	Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12.	En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Apéndice C1

Escala del Apoyo Familiar

“Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)”

Responde colocando una equis (X) al número que mejor complete tu respuesta

PREGUNTAS			
1.	Mi familia me da mucho ánimo		
	Si	no	No se
2.	Yo recibo consejos prácticos de mi familia.		
	si	no	No se
3.	La mayoría de la gente es más cercana a su familia que yo a la mía.*		
	si	no	No se
4.	Cuando comparto mis opiniones y sentimientos personales con mis familiares más cercanos, me da la impresión que los hace sentir incómodos.*		
	si	no	No se
5.	A mi familia le gusta escuchar lo que pienso.		
	si	no	No se
6.	Los miembros de mi familia comparten muchos de mis gustos e intereses.		
	si	no	No se
7.	Algunos de mis familiares se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan ser aconsejados.		
	si	no	No se
8.	Dependo de mi familia para apoyo emocional.		
	si	no	No se

Apéndice C1

Escala del Apoyo Familiar

“Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)”

Responde colocando una equis (X) al número que mejor complete tu respuesta

9.	Cuando me siento triste o decepcionado(a), puedo contárselo a alguien de mi familia sin arrepentirme de ello después.		
	si	no	No se
10.	Mi familia y yo expresamos abiertamente nuestras opiniones.		
	si	no	No se
11.	Mi familia está consciente de mis necesidades personales.		
	si	no	No se
12.	Mis familiares hablan conmigo cuando se sienten mal.		
	si	no	No se
13.	Mi familia es de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas.		
	si	no	No se
14.	Tengo un vínculo muy cercano con varios de mis familiares.		
	si	no	No se
15.	Le doy a mis familiares consejos útiles y prácticos.		
	si	no	No se
16.	Mis familiares dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas.		
	si	no	No se

Apéndice C2

Escala del Apoyo Familiar

“Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)”

Responde colocando una equis (X) al número que mejor complete tu respuesta

PREGUNTAS			
1.	Mis amigos me dan muchos ánimos.		
	Si	no	No se
2.	La mayoría de la gente es más cercana a sus amigos que yo a los míos.*		
	si	no	No se
3.	A mis amigos les gusta escuchar lo que pienso		
	si	no	No se
4.	Dependo de mis amigos para apoyo emocional.		
	si	no	No se
5.	Siento que encajo un poco mal en mi círculo de amigos.*		
	si	no	No se
6.	Cuando me siento triste o decepcionado(a), puedo contárselo a alguno de mis amigos sin arrepentirme de ello después.		
	si	no	No se
7.	Mis amigos están conscientes de mis necesidades personales.		
	si	no	No se
8.	Mis amigos son de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas.		
	si	no	No se
9.	Le doy a mis amigos consejos útiles y prácticos.		
	si	no	No se

Apéndice C2

Escala del Apoyo Familiar

“Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)”

Responde colocando una equis (X) al número que mejor complete tu respuesta

10.	Mis amigos dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas.		
	si	no	No se
11.	Los amigos de otros muestran más cariño y preocupación entre ellos, que los míos por mí.*		
	si	no	No se
12.	Desearía que mis amigos fueran muy diferentes.*		
	si	no	No se

Apéndice D

Funcionalidad Familiar

ESCALA DE EFECTIVIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (E-EFF20) Versión Latina

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una X en el cuadro que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su parecido, seleccione la que considere más parecida a la situación de su familia, cabe resaltar que ninguna respuesta es errónea ó equivocada.

1 C	Miembros de la familia u otros familiares se unen unos en contra de otros.	A veces tenemos que unir esfuerzos para meter al carril o encauzar la familia.	Los miembros en la familia tienen desacuerdos pero generalmente los resuelven bien
2 MS	Los hombres y las mujeres de la familia tienen cada uno sus propias tareas que solo ellos hacen	En nuestra familia los hombres cooperan cuando las mujeres necesitan ayuda en sus labores	En la familia no se sabe que tareas debe hacer el hombre y cuales la mujer.
3 I	En la familia se tiene tiempo para hacer las cosas que nos gustan.	En la familia no hay tiempo para hacer lo que nos gusta.	Algunas, veces la familia dispone de tiempo para hacer cosas que le gustan
4 CS	Pocas veces la familia acepta opiniones que son diferentes.	La familia no acepta opiniones que son diferentes.	En la familia platican con gusto y aceptan en sus opiniones que a veces están equivocados.
5 C	No nos gusta el barrio porque hay gente mala.	Pocas veces la familia acepta los vecinos que son amigables.	Estamos contentos con los vecinos, por que ellos nos quieren y ayudan
6 MS	Nunca estamos de acuerdo acerca de lo que se permite hacer a cada uno de la familia	Algunas veces un miembro en nuestra familia es desatento y/o desconsiderado en su trato hacia los demás	Generalmente pensamos tanto en los demás miembros de la familia como en nosotros mismos
7 S	En la familia es muy difícil que se resuelvan problemas inesperados.	Pocas veces en la familia se solucionan problemas que no esperamos.	La familia generalmente resuelve problemas inesperados.
8 MS	Nuestra familia generalmente es una familia feliz.	Hay coraje o tristeza en nuestra familia.	En nuestra familia no se demuestran mucho sus sentimientos.
9 I	A la familia le gusta colaborar en trabajos para la escuela, iglesia o comunidad.	Algunas veces la familia colabora en trabajos de ayuda para la escuela, iglesia o comunidad.	La familia no tiene tiempo para colaborar con la escuela, iglesia o comunidad

Apéndice D

Funcionalidad Familiar

ESCALA DE EFECTIVIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (E-EFF20) Versión Latina

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una X en el cuadro que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su parecido, seleccione la que considere más parecida a la situación de su familia, cabe resaltar que ninguna respuesta es errónea ó equivocada.

10 CS	Pocas veces la familia se preocupa por ideas que traen de fuera del hogar.	La familia generalmente tiene cuidado en el uso de nuevas ideas que traen de la escuela, trabajo o grupos de la colonia.	La familia no se preocupa por las nuevas ideas que traen de la escuela, trabajo o grupos de la colonia.
11 C	La gente en nuestra familia siente que nadie la entiende	La gente en nuestra familia a veces se siente mal interpretada	Siempre sabemos cuándo algo anda mal con alguno de nosotros.
12 MS	Pocas veces la familia está de acuerdo para divertirse en paseos, juegos o fiestas.	En nuestra familia procuramos compartir tiempo para pasear y divertirnos juntos	Cada quién en la familia prefiere divertirse con sus amigos o compañeros.
13 CS	Pocas veces la familia platica de los nuevos conocimientos que se aprenden en la escuela, trabajo o iglesia.	En la familia nos gusta platicar de lo nuevo que se aprende en la escuela, trabajo o iglesia.	La familia no platica de las cosas que los miembros han aprendido fuera de la casa.
14 C	Si tenemos alguna opinión nos la guardamos.	Si tenemos un parecer distinto, tenemos cuidado en lo que nos decimos unos a otros.	Si tenemos un parecer distinto nuestra familia escucha y hablamos sobre ello.
15 MS	En nuestra familia, unos hacen todo el trabajo y otros nada.	Todos en la familia ayudan lo más que pueden para que el trabajo salga.	Algunos miembros de la familia pudieran ayudar más.
16 I	Participamos en actividades que el vecindario, la iglesia o la escuela ofrecen porque nos gusta tomar parte de lo que pasa.	No tenemos tiempo ni energía para participar en actividades del vecindario, de la iglesia o de la escuela.	Algunas veces tomamos parte en las actividades del vecindario, de la iglesia o de la escuela, si alguien nos lo pide.
17 CS	Pocas veces la familia sabe lo que hacemos en la escuela, trabajo o con grupo de amigos.	La familia conoce lo que hacemos en la escuela, trabajo o grupo de amigos	La familia no conoce lo hacemos fuera del hogar.

Apéndice D

Funcionalidad Familiar

ESCALA DE EFECTIVIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (E-EFF20)

Versión Latina

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una X en el cuadro que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su parecido, seleccione la que considere más parecida a la situación de su familia, cabe resaltar que ninguna respuesta es errónea ó equivocada.

18 C	Preferimos mantenemos retirados de la familia.	Básicamente nuestra familia nos hace sentirnos a salvo y felices.	Tenemos algunos momentos en los que estar con la familia nos hace sentirnos bien y otros momentos en los que fuera no estar con ellos
19 MS	Generalmente la familia nos apoya en momentos difíciles.	Los miembros en la familia no tienen tiempo para ayudar en situaciones difíciles.	Pocas veces en la familia se ayudan entre sí en situaciones difíciles.
20 CS	Nuestra familia estaría mucho mejor si no fuera por algunos problemas.	Los problemas han causado mucha infelicidad en nuestra familia	Nuestra familia ha aprendido una lección de los problemas que hemos tenido.

Apéndice E



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES



Ciudad y fecha: Puebla a ___/___/_____

Yo _____ estoy siendo informado por _____ estudiante de la maestría en enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y posibles riesgos que se puedan generar de ella. Por lo cual al firmar este documento acepto de conformidad participar de manera voluntaria en esta investigación con las siguientes actividades:

- Se me pedirá responder preguntas en una entrevista tomando un tiempo aproximado de 40 minutos.
- Las respuestas serán anónimas.
- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal o pago por la participación en este proyecto de investigación.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Benemérita Universidad Autónoma Puebla bajo la responsabilidad del investigador.
- El presente estudio no representa riesgo para mi persona, ya que solo contestaré una entrevista.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea. Conociendo esto y aclaradas todas mis dudas acepto participar en el estudio.

En caso de dudas puede comunicarse con la estudiante autora de este estudio al teléfono 2228131997 con Marisol Celis García.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del 1° testigo