UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

"RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL HGR N°1 IMSS"

TESIS

Que como parte de los requisitos

para obtener el Diploma de la:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Ilse Hernández Herrera

Dirigido por:

MIME. Lilia Susana Gallardo Vidal

C.U. Querétaro, Qro. Febrero 2024

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DGBSDI-UAQ

Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información

Relación de la funcionalidad conyugal y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en el HGR N°1 IMSS

por

Ilse Hernández Herrera

se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Clave RI: MEESC-302654

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

"RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL HGR N°1 IMSS"

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:
Med. Gral. Ilse Hernández Herrera

Dirigido por:
Mtra. Lilia Susana Gallardo Vidal

Firmas

Mtra. Lilia Susana Gallardo Vidal
Presidente

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez
Secretario

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez
Vocal

Mtra. Verónica Campos Hernández
Suplente

Med. Esp. José Iván Alonzo Barrera
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Febrero, 2024
México.

Resumen

Introducción. El cáncer de mama ha sido unos de los principales problemas de salud pública en México. Querétaro ocupa el lugar número 29 a nivel nacional en casos de cáncer de mama. Considerando el rol de la mujer como pilar de la familia y de la importancia que tienen en su vida conyugal al encontrarse en la etapa sexual activa y afectiva. El hecho de ser diagnosticada de cáncer de mama en cualquiera de sus etapas representa cambios significativos en su vida social, sexual, familiar, laboral y estabilidad física, afecta el grado de funcionalidad conyugal. La capacidad y estrategias de afrontamiento de las pacientes ente la enfermedad depende en gran medida de la estabilidad y fortaleza, así como del apoyo moral que reciba en su familia y por parte de su pareja. **Objetivos**. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. **Materiales y métodos**. Estudio transversal analítico de asociación en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de cualquier edad que acuda a la unidad del oncológica del Hospital Regional de Zona No. 1 de Querétaro en un periodo de seis meses. Se incluyeron a un total de 40 pacientes para cada grupo, en muestreo por conveniencia. Se incluyeron a pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que actualmente tengan vida de pareja. El análisis estadístico se realizó a través de frecuencias, porcentajes, desviación estándar e intervalos de confianza y para el análisis de variables Chi cuadrada. **Resultados**. Se estudiaron a mujeres en su mayoría casadas con una edad promedio de 51.5 ± 9.08 años de edad. El tipo de estrategia de afrontamiento predominante de las pacientes encuestadas con subsistema conyugal funcional fue apoyo social con un 79.2% (57) (X^2=27.07, p=0.000), seguido de reestructuración cognitiva con un porcentaje de 75% (54) (X^2=19.48, p=0.000). La relación entre las estrategias de afrontamiento y funcionalidad conyugal se encontró en resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social y autocrítica. **Conclusiones**. Existe relación con la mayoría de las estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social y autocrítica) y la funcionalidad conyugal durante la enfermedad.

Palabras clave: cáncer de mama, funcionalidad conyugal, estrategias de afrontamiento.

Summary

Introduction. Breast cancer has been one of the leading public health problems in Mexico. Querétaro ranks number 29 nationwide in cases of breast cancer. Taking into consideration the role of women as a pillar of the family and their importance in their married life when they are in the active and affective sexual stage. Being diagnosed with breast cancer in any of its stages represents significant changes in their social, sexual, family, work, and physical life and affects the degree of marital functionality. The ability and coping strategies of patients with the disease depend mainly on their stability and strength, as well as the moral support they receive in their family and from their partner. **Objectives**. To determine the association between marital functionality and coping strategies in patients with breast cancer. **Materials and methods**. An analytical cross-sectional study of association in women with a breast cancer diagnosis of any age who attend the oncology unit of the Regional Hospital of Zone No. 1 of Querétaro in six months. A total of 40 patients were included for each group in convenience sampling. Patients diagnosed with breast cancer who are currently living with a partner were included. The statistical analysis was carried out through frequencies, percentages, standard deviation, and confidence intervals, and to analyze variables, we used Chi-square. **Results**. Mostly married women with a mean age of 51.5 ± 9.08 years old were studied. The predominant type of coping strategy of the surveyed patients with functional marital subsystem was social support with 79.2% (57) ($X2=27.07$, $p=0.000$), followed by cognitive restructuring with a percentage of 75% (54) ($X2=19.48$, $p=0.000$). The relationship between coping strategies and marital functionality was found in problem-solving, social support, cognitive restructuring, emotional expression, problem avoidance, social withdrawal, and self-criticism. **Conclusions**. There is a relationship between most coping strategies (problem-solving, social support, cognitive restructuring, emotional expression, problem avoidance, social withdrawal, and self-criticism) and marital functionality during the disease.

Keywords: Breast Cancer, Marital Functionality, Coping Strategies

Dedicatorias

A Dios por haberme dado vida, salud y fortaleza para continuar en este camino.

A mis padres, Dalila y Raúl, les dedico con todo mi amor este objetivo cumplido, porque siempre han creído en mí, porque nunca me han soltado de su mano, porque sin su gran apoyo llegar hasta aquí no habría sido posible. Gracias por su amor, paciencia y comprensión. Los amo.

A mis hermanos, Marlene y Raúl, les dedico este trabajo, por su gran apoyo en todos los ámbitos de mi vida, por siempre escucharme y tener para mí una palabra de aliento, porque han sido un pilar fundamental en mi vida, sé que nuestra unión y amor como hermanos nos permitirá alcanzar cada objetivo que tengamos en la vida.

A mi hijo, Dieguito, aunque sé que aún no entiendes por completo el motivo de mi ausencia todo este tiempo, has esperado pacientemente mi regreso, espero que siempre recuerdes que cada esfuerzo y cada objetivo cumplido es compartido, por ti y por mí, gracias por regalarme tus sonrisas y tu amor, tú me has dado la fuerza y la ilusión para mantenerme de pie y culminar esta etapa, gracias mi amor.

A Jass, por ser mi compañero en este camino, por tu amor y paciencia, por brindarme tu apoyo en cada paso que doy, por impulsarme y siempre recordarme que con esfuerzo y dedicación todo es posible, desde la universidad viéndonos crecer como seres humanos y profesionistas, comparto con amor este logro contigo.

A mi cuñado Julián y a mis sobrinos, Vale, Juli y Elián, gracias por su amor incondicional, la motivación y por estar para mí cuando lo necesité, comparto ese logro con ustedes.

A José Luis, Elenita, Grecia e Itzel, por su apoyo, empatía, comprensión y aliento en este camino llamado Residencia, con su compañía todo resultó más liviano, los amo mucho.

Agradecimientos

Gracias a Dios, a mis padres, hijo, hermanos y familia por confiar en mí, por acompañarme y por su apoyo incondicional. Todo lo que soy, todos mis logros son por y para ustedes.

A la Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal, mi directora de tesis. Gracias por su tiempo, su paciencia, por compartir sus conocimientos conmigo, sus consejos académicos y personales, gracias por acompañarme en este trayecto y por su disposición para ayudarme a concluir este proyecto de investigación. Todo mi respeto y admiración para usted.

Índice

Contenido	Página
Resumen	**I**
Summary	**III**
Dedicatorias	**IV**
Agradecimientos	**V**
Índice	**VI**
Índice de tablas	**VIII**
Abreviaturas y siglas	**IX**
I. Introducción	**1**
II. Antecedentes	**3**
III. Fundamentación teórica	**4**
III.1 Cáncer	4
III.2 Cáncer de mama	4
III.2.1 Epidemiología	4
III.2.2 Tipificación de cáncer de mama por origen	5
III.2.3 Tipificación por marcadores moleculares	6
III.2.4 Subtipo Luminal	8
III.2.5 Subtipo Basal	8
III.2.6 Factores de Riesgo en mujeres mexicanas	9
III.2.7 Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico	11
III.2.8 Estadificación	15
III.2.9 Tratamiento del Cáncer de Mama y Manejo Interdisciplinario	16
III.3 Funcionalidad conyugal y cáncer de mama	20
III.4 Afrontamiento en el cáncer de mama	20
III.4.1 Familia	21
III. 4.2 Ciclo vital de familia	23
III.4.3 Funcionalidad familiar	24
III.4.4 Funcionalidad del subsistema conyugal	26
III.4.5 Afrontamiento	31
III.4.6 Instrumento de evaluación de evaluación del subsistema conyugal	35

III.4.7 Instrumento de evaluación de evaluación de las estrategias de afrontamiento 37
IV. Hipótesis 40
V. Objetivos 43
V.1. Objetivo general 43
V.2. Objetivos específicos 43
VI. Material y métodos 44
VI.1 Tipo de investigación 44
VI.2 Población o unidad de análisis 44
VI.3 Muestra y tipo de muestra 44
VI.3.1 Criterios de selección 45
VI.3.2 Variables estudiadas 45
VI. 4 Técnicas e instrumentos 46
VI. 5 Procedimientos 49
VI. 5.1 Análisis estadístico 49
VI. 6 Consideraciones éticas 50
VII. Resultados 52
VIII. Discusión 60
IX. Conclusiones 63
X. Propuestas 64
XI. Bibliografía 65
XII. Anexos 74
XII.1 Carta de consentimiento informado 74
XII.2 Hoja de recolección de datos 75
XII.3 Instrumentos 76
XII.3.1 Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal (Escala de Chávez-Velasco) 76
XII.3.2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento 77
XII.4 Registro SIRELCIS 80
XII.5 Carta Antiplagio 81

Índice de tablas

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama.	53
VII.2	Tipo de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.	54
VII.3	Etapa clínica del cáncer de las pacientes con cáncer de mama.	55
VII.4	Funcionalidad conyugal y su asociación con las diferentes estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama.	56
VII.5	Relación entre resolución de problemas y la funcionalidad conyugal con religión.	57
VII.6	Relación entre resolución de problemas y la funcionalidad conyugal con tipo de tratamiento.	58

Abreviaturas y siglas

ADN Ácido Desoxirribonucleico

APS Apoyo social

AUT Autocritica

CAPS capacidad de afrontamiento y adaptación

CDIS Carcinoma Ductal In situ

CIOMS Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

CNEGSR Centro Nacional para la Igualdad de Género y Salud

ENADID Censo Nacional Dinámico de Población

EEM Expresión emocional

ER Estrógenos

EVP Evitación de problemas

GLOBOCAN Proyecto de Estimaciones de Incidencia y Mortalidad del Cáncer del Observatorio Mundial del Cáncer

Ha Hipótesis alterna

HER2 Human Epidermal growth factor Receptor 2

HER2+ ER-PR- HER 2 positivos con receptores de estrógenos negativos y receptores de progesterona negativo

HGR Hospital General Regional

Ho Hipótesis nula

IDC Carcinoma Ductal Invasivo

IEM Enfermedades de la Mama

IEM-FUCAM Instituto de Enfermedades de la Mama, Fundación Cáncer de Mama

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

InCan Instituto Nacional del Cáncer

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INSP Instituto Nacional de Salud Pública

ISSEMyM Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

M Metástasis distante

N Ganglios linfáticos regionales

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PR Progesterona

PR17 17 Hicroxiprogesterona

PSD Pensamiento desiderativo

REC Reestructuración cognitiva

REP Resolución de problemas

RES Retirada social

RT Radioterapia

T Tumor primario

TNM Tumor, nódulo y metástasis

VEGF Factor de Crecimiento de Endotelial Vascular

I. Introducción

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), el cáncer de mama es el tipo de cáncer predominante y la principal causa de muerte en mujeres. Tan solo en 2020 se registraron más de 2,2 millones de casos y murieron cerca de 685 000 mujeres en todo el mundo debido a este padecimiento. Se ha estimado que, en su mayoría, los casos reportados de cáncer de mama y de muerte por consecuencia de esta se han registrado en países de ingresos económicos bajos y medios (OMS, 2021).

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el cáncer de mama también es la primera causa de muerte debido a carcinoma en mujeres (INSP, 2019). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó que en el año 2020 esta enfermedad fue la más frecuente, con una tasa de incidencia de 40.5 y de mortalidad de 10.6 por 100 mil. Siendo Nuevo León, Quintana Roo, Tamaulipas y Durango los estados con tasas de mortalidad más altas (IMSS, 2022).

El diagnóstico oportuno, así como la terapia eficaz, son fundamentales para obtener mejores resultados en pacientes que padecen la enfermedad. Por ello, la atención primaria mediante el médico de familia es esencial en el buen avance de la misma. Para lo cual el médico con dicha especialidad debe estar correctamente capacitado y actualizado para brindar el apoyo y dar seguimiento a la paciente (López, 2016; Vich, 2014).

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, la mujer enfrenta diferentes cambios importantes en su vida. Estudios anteriores han mostrado que estos cambios tienen un impacto también en la funcionalidad conyugal (Quintanilla, 2016) y que este impacto está relacionado con la depresión (Vallejo, 2013). Igualmente, se sabe que el apoyo familiar es relevante durante cualquier tipo de cáncer y que en el de mama, es un factor asociado también para desarrollar depresión (Su et al., 202245).

Las estrategias de afrontamiento son empleadas durante eventos estresantes para alcanzar el equilibrio o disminuir la ansiedad generada (Enríquez, 2010). Debido a que el cáncer de mama es considerado un evento estresante, la

evaluación de estas estrategias en las pacientes es importante debido al alarmante incremento en los casos a nivel mundial, así como el estudio psicológico de las pacientes que padecen la enfermedad.

Debido a ello, surge la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación de la funcionalidad conyugal y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en el Hospital General Regional N.1 IMSS?

II. Antecedentes

Durante el cáncer de mama, la funcionalidad conyugal se ve afectada. En un estudio realizado en una unidad médico familiar del IMSS en Monterrey, Nuevo León, se encontró que al menos el 40% de las mujeres con cáncer de mama tenían disfunción conyugal moderada o severa. Y que el 56% de las pacientes tenían depresión ligera o moderada (Vallejo, 2013). En otro estudio realizado en una unidad médico familiar diferente en la Ciudad de México, se encontró que, aunque en su mayoría se encontraron parejas funcionales, el 16.3% de las parejas fueron moderadamente o severamente disfuncionales. Este resultado, aunque es un porcentaje pequeño, es un indicio de que existe un impacto en la funcionalidad conyugal tras el diagnóstico de cáncer (Quintanilla, 2016).

De igual manera, el apoyo familiar es un importante factor que ha sido asociado a depresión en pacientes con cáncer (Su et al., 2017). La depresión en estos pacientes causa un impacto negativo en el pronóstico de la enfermedad, por lo que es relevante su diagnóstico a tiempo para tratarlo y así mejorar la calidad de vida de la paciente (Aapro y Cull, 1999).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento psicológico surgen como una adaptación o para disminuir la ansiedad resultante del evento estresante, que en este caso es el diagnóstico de cáncer de mama, así como todos los cambios que sobrevienen con ello tales como trámites para la atención médica, el sometimiento a exámenes o exploraciones médicas, consultas y tratamientos con efectos secundarios aversivos. En un estudio realizado se encontró que la estrategia de afrontamiento mayormente utilizada en pacientes con cáncer de mama fue la religión, seguida de solución de problemas, negación, evitación cognitiva, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo profesional y espera (Enríquez, 2010).

III. Fundamentación teórica

III.1 Cáncer

El cáncer incluye una serie de enfermedades caracterizadas por una masa de células con un crecimiento descontrolado y una replicación acelerada, las cuales pueden invadir otras partes del cuerpo distintas a donde se producen (Hanahan y Weinberg, 2011).

III.2 Cáncer de mama

El cáncer de mama es un proceso canceroso en el que las células mamarias sanas, después de la pubertad, reaccionan a los efectos intermitentes de los estrógenos ováricos, degeneran y se convierten en células tumorales. Es una enfermedad clonal que, en uno de sus tipos, prolifera para formar un tumor, después crece en el tejido circundante y se disemina a diferentes partes del cuerpo (Ozorio et. al., 2020).

III.2.1 Epidemiología

En 2018, el Proyecto de Estimaciones de Incidencia y Mortalidad del Cáncer del Observatorio Mundial del Cáncer (GLOBOCAN) reconoció al cáncer de mama como el cáncer más común en el mundo, con una incidencia de más de 45 casos por cada 100.000 habitantes, después del cáncer de próstata y el cáncer de pulmón (Cancer Today, 2018).

III.2.1.1 Estadísticas en América Latina

El cáncer de mama es el primer cáncer más común en América Latina con una frecuencia de 199 734 casos por año. La tasa de mortalidad en la región es de 52 558, lo que representa el 7,8% de las muertes anuales por esta causa (OPS, 2020).

III.2.1.2 Estadísticas en México

En México, el cáncer de mama es el segundo cáncer más común en la población después del cáncer de próstata. Sin embargo, en las mujeres es el cáncer de mayor incidencia, representando el 25% de los casos. De 2011 a 2016 aumentó la tasa de mortalidad por la enfermedad, por lo que fallecieron 16 de cada 100.000 mujeres mayores de 20 años. Como resultado, este cáncer se considera la principal

causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas, siendo las mujeres entre 50 y 59 años las más susceptibles. Geográficamente, durante la década 2000–2010, los estados con las tasas más altas de cáncer de mama y mortalidad fueron Sonora, Sinaloa, Tamaulipas, Coahuila, Baja California, Nuevo León y Ciudad de México. Según un estudio del Centro Nacional para la Igualdad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), esta relación se mantuvo hasta 2015 (Arceo-Martínez et. al., 2021).

III.2.1.3 Estadísticas en Querétaro

Según la Secretaría de Salud en Querétaro, la tasa de mortalidad fue 14.1%. en el 2015 y posteriormente en el 2017 disminuyó al 11,7% por cada 100.000 mujeres de 20 años y más. De acuerdo al Censo Nacional Dinámico de Población (ENADID) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Querétaro ocupa el décimo lugar a nivel nacional en número de muertes por dicha enfermedad. Estudios realizados por el INEGI indican que Querétaro ocupa el lugar 29 a nivel nacional en cuanto a casos de cáncer de mama, con una tasa de 199.61 por cada 100,000 mujeres detectadas en establecimientos de salud pública. Mientras tanto, la tasa de mortalidad hospitalaria es de 6,7 por cada 100 casos, superior al promedio nacional de 4,4 (Secretaría de Salud, 2020).

III.2.2 Tipificación de cáncer de mama por origen

Dependiendo de su origen, el cáncer de mama puede ser ductal o lobulillar, donde las células se multiplican en el revestimiento de los conductos lácteos, y el cáncer lobular, donde las células se desarrollan en los lobulillos (Oliveira et. al., 2016).

El carcinoma ductal in situ (CDIS) se considera un cáncer benigno no invasivo porque la proliferación celular está limitada en los conductos de la glándula mamaria y no se ha propagado a los tejidos circundantes. Por lo tanto, se le llama fase cero. Sin embargo, las lesiones de CDIS pueden progresar a carcinoma ductal invasivo (IDC) si las células se rompen en la base de la membrana tubular e invaden el parénquima adyacente.

En este punto, las células pueden viajar a través del sistema linfático o la sangre y diseminarse a otras partes del cuerpo (Van Seijen et. al., 2019).

En nuestro país, en un estudio retrospectivo de los tipos de cáncer de mama registrados en 2005-2014 y avalado por el IEM-FUCAM (Instituto de Enfermedades de la Mama, Fundación Cáncer de Mama), reportan que el 79,7% de las pacientes fueron diagnosticadas con lesiones localizadas a nivel ductal, mientras que el 7,8% fueron de origen lobulillar y el 4,2% de origen mixto. De estos casos, el 41,2% se trataba de infiltración linfática. La mayoría de los pacientes en este estudio están actualmente bajo el Programa Popular (Instituto Nacional de Apoyo Social) e ISSSTE (Instituto Estatal de Apoyo y Servicios Sociales) (Maffuz-Aziz et. al., 2017).

Otro estudio el cual se realizó en el Hospital en Ángeles Pedregal mostró que, en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario en la Ciudad de México, el tipo más común de tumor es Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) (80.13%), seguido de Carcinoma Lobulillar Infiltrate (CLI) (11.68%) y mezcla (8.19%) (Hernández-Álvarez et. al., 2017).

Esta clasificación se diagnostica con pruebas histológicas. Además, se realizan junto con la clasificación por origen, como mamografía, ultrasonido o imán magnético para determinar el tamaño y la distribución del tumor por el sistema TNM (tumor, nódulo y metástasis) (National Institute Cancer, 2020).

III.2.3 Tipificación por marcadores moleculares

Actualmente, el cáncer de mama también se clasifica mediante el uso de marcadores moleculares, que son proteínas que se encuentran en los núcleos celulares o en la superficie de las células, principalmente estrógenos (ER), receptores progesterona (PR) y proteína HER2 (Human Epidermal growth factor Receptor 2), porque en el caso del cáncer de mama, estas proteínas exceden el nivel fisiológico (Parise y Caggiano, 2014).

En condiciones normales o fisiológicas, los ER se muestra en algunos órganos reproductivos femeninos, como son: el útero, los ovarios y la glándula mamaria. Se encuentran ya sea en el núcleo o en el citoplasma celular y actúa como

un factor de transcripción para responder a su combinación con la hormona estradiol, contribuyendo a la expresión de sus genes blancos, incluidos los scratch D, A y E, el factor de crecimiento de endotelial vascular (VEGF) y 17 Hicroxiprogesterona (PR17) (Lee et. al, 2012).

Mientras tanto, la progesterona es importante para el desarrollo de la glándula mamaria durante la infancia y el embarazo. Su asociación con PR induce la expresión de genes diana como C-myc, ciclina D1 y ácido graso sintetasa. En el tejido mamario normal, ER y PR se expresan solo en un pequeño porcentaje de células epiteliales tubulares y lobulillares, y su número varía durante el ciclo menstrual y la fase reproductiva. Por ejemplo, al inicio de la edad adulta, el ER son importantes para la maduración genital, mientras que durante el embarazo el PR está en su apogeo porque participa en la ramificación ductal y alveologénesis, lo que es necesario para la producción de leche y lactancia (Leehy et. al., 2018).

En el cáncer de mama, la presencia descontrolada de ER influye fuertemente en la malignidad de la enfermedad, la metástasis y la respuesta a la terapia hormonal. Estos cánceres están asociados con un mejor pronóstico y una mejor respuesta a la terapia hormonal. Sobre esta base, se han utilizado diversas terapias hormonales en el cáncer de mama para contrarrestar la señalización de los estrógenos (Lumachi et. al., 2015).

Por otro lado, HER2 es una proteína receptora del factor de crecimiento. Los tejidos normales tienen baja expresión porque cuando HER2 se une a su ligando, se activa una cascada de señalización que lleva a la expresión de genes implicados en la proliferación, migración y diferenciación celular (Harbeck y Gnant, 2017).

La sobreexpresión de este receptor está asociada con la aparición de cáncer de mama. La mayoría de los tumores que expresan este receptor carecen de receptores hormonales, estos son: (HER 2 positivos con receptores de estrógenos negativos y receptores de progesterona negativos) HER2+ ER-PR-.

Este tumor tiene un mal pronóstico porque tiende a crecer más rápidamente y solo se puede usar la terapia dirigida a HER2. El cáncer de mama triple negativo (ER-PR-HER2-) tiene mal pronóstico porque la paciente no es candidata a terapia dirigida (Akram et. al., 2017).

III.2.4 Subtipo Luminal

Los perfiles de presentación de los tumores luminales son similares a la luz de la glándula mamaria. Estos perfiles incluyen 8/18 citoqueratinas, receptores hormonales (ER, PR) y genes implicados en la activación de la vía ER. Los tumores de luminales más frecuentes son luminal A (ER+ PR+ HER2-), que tienen una mayor manifestación de genes relacionados con ER, mientras que los tumores luminales B (ER+ PR- HER2+) muestran manifestaciones más bajas de estos. El receptor hormonal de la proliferación, por lo que son llamado el siguiente nivel de tumor luminal A (Dai et. al., 2015).

III.2.5 Subtipo Basal

Se caracteriza por expresar configuraciones similares a las células basales en otras partes del cuerpo y en mioepitelio normal de la glándula mamaria, como la queratina 5, 6, 14 y 17 y algunos genes de proliferación. Se encuentra constituido por tumores triple negativo (ER- PR- HER2-), aunque también hay tumores basales que manifiestan todos los receptores, de igual forma tumores triple negativo que no tienen características basales. Hay dos tipos de tumores basales: el tumor basal 1, que sobreexpresa genes en el ciclo celular, la reparación del Ácido Desoxirribonucleico (ADN) y la proliferación; y basal 2, que se caracterizan por la sobreexpresión de genes relacionados con la señalización del factor de crecimiento, como WNT y b-catenina. Por otro lado, algunas neoplasias triples negativo también pueden ser de origen mesenquimatoso o luminal, lo que se considera una subclase de neoplasia triple negativa. Los tumores basales son más agresivos y de peor pronóstico, con un tiempo de supervivencia inferior a 5 años y alta probabilidad de metástasis, principalmente a órganos internos (Alexandrou et. al., 2019).

En México, de acuerdo a los casos atendidos en Fundación de Cáncer de Mama (FUCAM), InCan (Instituto Nacional del Cáncer) e ISSEMyM (Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios) bajo el extinto programa Seguro Popular, el 65% de los casos fueron Luminal Subtipo A, hormona positiva (ER+, PR+), mientras que el 21% eran HER2+ (ER-PR-HER2+) y el 16% eran triple negativo (ER-PR-HER2-) (Alexandrou et. al., 2019).

Resultados similares se obtuvieron en otro estudio del Hospital General de México, que mostró una mayor incidencia del subtipo A leve (65%), seguido del subgrupo primario triple negativo (14%). El subtipo Luminal B recibió el 12% de los casos, mientras que el HER2+ recibió el 9%. Además de lo anterior, un estudio del Instituto de Enfermedades de la Mama (IEM) del FUCAM mostró porcentajes muy similares y además añadió un subtipo triple positivo ER+ PR+ HER2+ con el 10.91% de los casos (Cárdenas-Sánchez et. al., 2019).

III.2.6 Factores de Riesgo en mujeres mexicanas

Se ha demostrado que la población mexicana tiene menor incidencia de cáncer de mama que las mujeres de países desarrollados. Además de las diferencias en las condiciones de vida, estos datos también están relacionados con la etnia. Entre las hispanas que viven en los Estados Unidos, las mujeres mexicanas tienen el riesgo más bajo de cáncer de mama en comparación con las mujeres de Cuba, República Dominicana, América Central y América del Sur (Banegas et. al., 2013).

Aquellas mujeres son originarias de México, son consideradas como una población genéticamente compleja, compuesta principalmente por ascendencia indígena, europea y africana. En comparación con las mujeres de ascendencia europea entre el 0 y el 25 %, el riesgo de cáncer de mama en las mujeres europeas aumentó del 51 al 100 %. Este porcentaje de ascendencia varía ampliamente entre las regiones del país, con los estados del norte que tienen una mayor proporción de ascendencia europea que las regiones predominantemente indígenas del sur, y la ascendencia africana es más común en las regiones costeras (Ziv, 2011).

III.2.6.1 Historial familiar

Un estudio con muestras de la Clínica de Cáncer Genético del InCan encontró que el 80% de las pacientes con cáncer de mama y de ovario tenían antecedentes familiares, destacando familiares de primer y segundo grado con cáncer de mama (Fragoso-Ontiveros et. al., 2019).

III.2.6.2 Historial personal

Las mujeres que han tenido cáncer en una glándula mamaria tienen el doble de probabilidades de desarrollar cáncer en la otra. De manera similar, las mujeres con antecedentes de hiperplasia atípica o enfermedad mamaria benigna, como papiloma intraductal o papilosis múltiple, llegan a tener un riesgo cinco veces mayor de desarrollar cáncer (Brandan y Villaseñor, 2006).

III.2.6.3 Edad

En México, la incidencia de cáncer de mama es más común en el grupo de edad de 50 a 59 años. Sin embargo, desde 2012, InCan ha visto un aumento en los ingresos hospitalarios de pacientes con cáncer de mama menores de 40 años, principalmente debido a la adopción de estilos de vida de riesgo, como consumir grandes cantidades de carbohidratos, ingesta excesiva de alcohol y tabaquismo (Villarreal-Garza et. al., 2014).

III.2.6.4 Presencia de mutaciones genéticas

En nuestro país, se estima que el 15% de las mujeres con cáncer de mama son portadoras de la mutación BRCA1/2, el 13% de estas mutaciones se encuentran en pacientes menores de 50 años y el 23% en pacientes menores de 45 años. Además, se han notificado el 27 % de los cánceres de mama triple negativo y mutaciones BRCA. Sin embargo, las pruebas genéticas para la mutación BRCA1/2 en los hospitales públicos mexicanos son limitadas debido al alto costo y al tiempo de espera para obtener resultados que pueden demorar varios meses. Por lo tanto, más a menudo es este tipo de prueba se realizan en laboratorios privados pagados por el propio paciente (Villarreal-Garza et. al., 2015).

Otro estudio al examinar los casos de cáncer de mama en Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nueva León y Durango, demostró que existe un aumento en la sensibilidad genética relacionada con la mutación G119T en CYP1B1 del citocromo P450, relacionado con el con el metabolismo estrogénico (Instituto Nacional de Medicina Genómica, 2020; Laboratorios de Genómica Médica, 2020).

III.2.6.5 Consumo de alcohol y tabaco

En el caso del tabaquismo, una investigación mostró que los hábitos de fumar son menos comunes en las mujeres mexicanas que en las mujeres hispanas y no hispanas que viven en Estados Unidos; no obstante, las mujeres mexicanas y latinoamericanas que han sido fumadoras activas durante más de 30 años, son más propensas a padecer cáncer de mama antes de la etapa de la menopausia. Otros datos muestran que el cáncer de mama invasivo que se diagnostica en las mujeres hispanas que han estado expuestas al humo del cigarrillo, conocidas como fumadoras pasivas, tienen el doble de riesgo de muerte por esta enfermedad respecto a las mujeres no fumadoras (Connor et. al., 2016).

III.2.7 Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

El cuadro clínico es variado, abarca desde síntomas subclínicos hasta etapas avanzadas de la enfermedad. Por lo tanto, el examen físico de la mama por parte del trabajador de la salud debe comenzar con un interrogatorio detallado y anamnesis, así como un examen minucioso de la mama (Secretaría de Salud, 2019).

Existen programas de detección para identificar casos que pueden ser hallazgos incidentales o mediante la autoexploración (Secretaría de Salud, 2019).

Recomendaciones generales para el diagnóstico precoz:

1. La edad recomendada para comenzar los exámenes médicos mamarios de rutina es de 19 a 31 años.

2. Las pacientes con antecedentes familiares de BRCA1 y BRCA2 deben comenzar el examen de mama entre los 18 y los 21 años de edad (Secretaría de Salud, 2019).

III.2.7.1 Pruebas diagnósticas

III.2.7.1.1 Mastografía

Se considera como el método de detección temprana del cáncer de mama. Este estudio ayuda a reducir el 21 % la tasa de mortalidad debido al cáncer de mama. En países con altos ingresos, la detección apropiada puede reducir la mortalidad en más del 30% (Mohar et. al., 2020).

Mediante ella se obtienen proyecciones radiográficas de la glándula mamaria, las dos convencionales son: la cefalocaudal y la proyección medio oblicuo lateral (Cárdenas-Sánchez et. al., 2019).

Los tipos de mastografías que se realizan son: la mastografía de tamizaje en aquellas pacientes asintomáticas y la mastografía diagnóstica, en las pacientes que tienen sintomatología franca como puede ser: detección de una masa palpable, cambios en la inspección de la mama considerando la coloración, la temperatura o la textura de la piel, historia actual de cáncer de mama o que cuente con una mastografía de tamizaje anormal (Mohar et. al., 2020).

La interpretación y conclusión de la mastografía se emite mediante el sistema BIRADS de la siguiente manera:

- Categoría 0: Patrón mamario insuficiente para diagnóstico, 13% de posibilidad de malignidad. Es necesaria la evaluación con imágenes mastográficas adicionales u otros estudios como ultrasonido y Resonancia Magnética, así como la comparación con estudios previos.

- Categoría 1: Patrón mamario negativo, sin hallazgos que reportar. Se recomienda realizar mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años

- Categoría 2: Hallazgos benignos. Se recomienda realizar mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años.

• Categoría 3: Hallazgos probablemente benignos. Menos del 2% de probabilidad de malignidad. Es necesario que se lleve a cabo seguimiento por imagen unilateral del lado con hallazgos dudosos a los 6 meses y posteriormente anual bilateral por 2 años, esta categoría solo se recomienda en mastografía diagnostica.

• Categoría 4: Hallazgos de sospecha de Malignidad. Se subdivide en:

- 4a - Baja sospecha de malignidad

- 4b – Sospecha intermedia de malignidad

- 4c - Hallazgos no clásicos, moderados, de sospecha de malignidad

• Categoría 5: Patrón mamario clásicamente maligno. Requiere realización de biopsia.

• Categoría 6: Patrón mamario con diagnóstico histopatológico de malignidad. En espera de tratamiento definitivo o valoración de respuesta a tratamiento (Cárdenas-Sánchez et. al., 2019).

Indicaciones específicas de mastografía:

• Debe realizarse de forma anual o cada 2 años a mujeres de 40-49 años que tengan 2 o más factores de riesgo, y en forma anual a toda mujer de 50 años o más.

• Realizar a mujeres jóvenes cuando haya sospecha clínica de cáncer de mama, independientemente de su edad.

• Femenino mayor de 40 años que se encuentre programada para cirugía estética de la glándula mamaria.

• Previo al inicio de terapia hormonal de reemplazo.

• Familiar de primer grado con diagnóstico de cáncer de mama realizar mastografía anual la cual debe iniciarse desde los 30 años, o 10 años antes de la edad del familiar más joven con cáncer, nunca realizar antes de los 25 años.

- Mujeres con riesgo elevado para cáncer de mama: que tengan antecedentes familiares en línea directa, BRCA1, BRCA2.

- Mujeres con antecedentes de biopsia mamaria y reportes histológicos de neoplasia lobular in situ, hiperplasia lobular o ductal con atipia, carcinoma ductal in situ o cáncer de ovario (Cárdenas-Sánchez et. al., 2019).

III.2.7.1.2 Ultrasonido

Se han propuestos otros métodos diagnósticos para incrementar la especificidad diagnóstica del cáncer de mama, ya que cuando aumenta la densidad mamaria, la sensibilidad de la mastografía puede disminuir hasta un 33%. Para la evaluación de la glándula mamaria, el ultrasonido de mama ha demostrado ser el método de imagen complementario por excelencia.

Indicaciones:

- Mujeres menores de 35 años que tengan signos o síntomas de patología mamaria (dolor, nódulo palpable, secreción por el pezón, retracción de la piel o el pezón, enrojecimiento de la piel).

- Mujeres menores de 35 años que tengan aquellas con sospecha de cáncer que cursen con embarazo o lactancia, el ultrasonido es el método de imagen inicial de estudio.

- Que se detecte una mama densa por mastografía, ya que disminuye la sensibilidad radiográfica.

- Que se aprecie una tumoración visible en la mastografía y determinación de su naturaleza, sólida o líquida.

- Mujeres con implantes mamarios.

- Valoración de lesiones palpables que no visibles en la mastografía.

- Procesos infecciosos de la glándula mamaria y su seguimiento.

• Lesiones sospechosas en la mastografía, para descartar lesiones multifocales, metacéntricas o bilaterales (Mohar et. al., 2020).

III.2.8 Estadificación

Es necesaria la estadificación del cáncer de mama para proporcionar información respecto al pronóstico y al tratamiento a seguir (Sepulveda, 2014).

Para ello se utiliza la Clasificación TNM de cáncer de mama (Sepulveda, 2014).

1. Tumor primario (T)

TX Tumor primario no puede ser evaluado.

T0 No hay evidencia de tumor primario.

Tis Carcinoma in situ (fase inicial, el cual no se ha diseminado a tejidos vecinos).

T1, T2, T3, T4 De acuerdo al tamaño y/o extensión del tumor primario.

2. Ganglios linfáticos regionales (N)

NX Imposibilidad para evaluar los ganglios linfáticos regionales.

N0 Los ganglios linfáticos regionales no están afectados (no son cancerosos).

N1, N2, N3 Compromiso de los ganglios linfáticos regionales (número y/o grado de distribución).

3. Metástasis distante (M)

MX Imposibilidad para evaluar una metástasis a distancia.

M0 Sin metástasis a distancia (el cáncer no se ha propagado a otras partes del cuerpo).

M1 Metástasis a distancia (el cáncer se diseminó a partes distantes del cuerpo).

En general, se cree que el cáncer de mama metastásico se puede dividir en dos etapas:

● Etapa inicial: esto incluye a pacientes en etapa I, IIA o un subconjunto de la enfermedad en etapa IIB (T2N1).

● Localmente avanzado: incluye un subconjunto de pacientes con enfermedad en estadio IIB (T3N0) y pacientes con enfermedad en estadio IIIA a IIIC (Sepulveda, 2014).

III.2.9 Tratamiento del Cáncer de Mama y Manejo Interdisciplinario

El tratamiento y seguimiento cáncer de mama involucra un grupo multidisciplinario que incluye: cirujanos oncólogos, radiooncólogos, oncólogos médicos, cirujanos plásticos y reconstructores, imagenólogos, psicooncólogos, patólogos y grupos de apoyo. Determinar la terapéutica en cada paciente, dependerá de la etapa clínica en la que se encuentre y para ello se divide en enfermedad temprana, localmente avanzada y metastásica (Crawford y Alder, 2020).

III.2.9.1 Enfermedad temprana

Pacientes con enfermedad en estadios temprano se someten a cirugía primaria (tumorectomía o mastectomía) en la mama y los ganglios regionales con radioterapia (RT) o sin esta. Después de la cirugía se puede ofrecer tratamiento con terapia sistemática adyuvante de acuerdo a las características del tumor primario (Crawford y Alder, 2020).

• Terapia de conservación de la mama: Es la cirugía de conservación de mama más RT. Requiere de extirpación quirúrgica completa del tumor (con márgenes quirúrgicos negativos) seguida de RT a dosis moderada para erradicar cualquier enfermedad residual (Van Maaren et. al., 2020).

• Mastectomía: una mastectomía está indicada para pacientes que no son candidatas para conservación de la mama y aquellas que prefieren la mastectomía (Van Maaren et. al., 2020).

III.2.9.2 Enfermedad localmente avanzada

El tratamiento es con terapia multimodal que emplea terapia sistémica y loco regional. La terapia sistémica se inicia tan pronto como sea posible, de preferencia entre la segunda y sexta semanas después del tratamiento quirúrgico. No es recomendable utilizar de manera simultánea la radioterapia y quimioterapia debido al incremento de la toxicidad. Si ambas están indicadas, se iniciará con quimioterapia y al término se aplicará la radioterapia. No es recomendable la quimioterapia y la hormonoterapia en forma conjunta; por lo que la hormonoterapia se iniciará hasta el término de la primera (Matus-Santos et. al., 2015).

En aquellas pacientes con enfermedad con receptores hormonales positivos, se recomienda la quimioterapia neo adyuvante, ya que ésta se asocia con tasas de respuesta más altas en un período de tiempo más corto. Para las pacientes seleccionadas con enfermedad hormonal positiva, la terapia endocrina neo adyuvante puede ser una opción adecuada si se encuentran comorbilidades graves u otros factores que requieran de esta estrategia. En las pacientes con cáncer de mama HER2 positivo, se debe agregar un agente dirigido a HER2 el régimen de la quimioterapia: por ejemplo, trastuzumab con o sin pertuzumab. Si tienen un receptor hormonal negativo, HER2 negativo, la terapia neo adyuvante consiste únicamente en quimioterapia (Matus-Santos et. al., 2015).

III.2.9.3 Quimioterapia

Se refiere a la administración de fármacos (habitualmente por vía intravenosa) con el objetivo de destruir las células cancerosas que se dispersaron por el organismo, aquellas a las que ni la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar (Cárdenas-Sánchez et. al., 2019).

Puede utilizarse la quimioterapia para disminuir el tamaño del tumor previo a la intervención quirúrgica, lo que es denominado como quimioterapia neo adyuvante. La quimioterapia adyuvante tiene una duración aproximada de 3 a 6 meses, el cual depende del número de ciclos y de los fármacos necesarios en cada caso. Los ciclos tienen una duración media de 3 o 4 semanas.

En los primeros días se administra el fármaco y durante el resto del ciclo, el organismo lleva a cabo el proceso de recuperación de los efectos del mismo. La quimioterapia se acompaña de múltiples efectos secundarios entre los que destacan náuseas y vómitos, molestias musculares, fatiga, cansancio, trastornos intestinales, disminución de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas, así como caída temporal del cabello, esto efectos dependen del tipo de fármaco utilizado (Cárdenas-Sánchez et. al., 2019).

III.2.9.4 Radioterapia

Es el tratamiento complementario a la cirugía conservadora, cuando se detectan ganglios positivos y en algunas ocasiones tras la mastectomía.

Este procedimiento reside en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama afectada o en la pared torácica y en algunas ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena como son la axila y cadenas supraclaviculares, esto ayuda a destruir las posibles células cancerosas que pudieran haber quedado tras la cirugía (Sepulveda, 2014).

La radioterapia externa es la más común, la cual se administra por medio de una máquina (acelerador lineal) que en ningún momento contacta con la paciente. La duración de la administración es de 5 a 7 semanas, con duración diaria de pocos minutos. Previo al inicio del tratamiento se debe realizar una planificación del mismo, donde el especialista determinará la zona del tratamiento y la técnica para administrar la radiación (Sepulveda, 2014).

La radioterapia interna o braquiterapia, en ella se introduce el material radiactivo, en forma de hilo, en la zona donde se asentaba el tumor. Es un tratamiento que complementa a la radioterapia externa. La duración de este tipo de radioterapia es de tan sólo unos minutos y no requiere ingreso. Ya administrada la dosis de radiación se retira el material radiactivo (Sepulveda, 2014).

III.2.9.5 Tratamiento hormonal

Una de las características de las células de la glándula mamaria es que tienen la capacidad de ser estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, principalmente los estrógenos y la progesterona. La presencia de receptores hormonales en las mismas permite identificar si es posible administrar un tratamiento hormonal adyuvante o complementario, el cual ha demostrado tener una elevada eficacia para disminuir el riesgo de recaída del tumor y mejorar la supervivencia. El tipo de fármaco a utilizar dependerá de la situación hormonal de la paciente, por lo que es necesario valorar si se trata de una mujer menopáusica o no, se administra por vía oral y su duración como mínimo debe ser durante 5 años (Sepulveda, 2014).

III.2.9.6 Tratamientos biológicos

La proteína HER2 neu, es una de las sustancias, que en algunos casos se encuentra aumentada en el cáncer de mama (20-30% de las pacientes). Actualmente, se dispone de un anticuerpo monoclonal, Trastuzumab, el cual actúa sobre las células tumorales capaces de producir la proteína HER2 en exceso. Su mecanismo de acción es destruir solamente las células tumorales sin afectar las células sanas. Puede administrarse como único tratamiento o en combinación con quimioterapia u hormonoterapia en aquellas pacientes con enfermedad avanzada (Cárdenas-Sánchez et. al., 2019).

Se recomienda que la duración del tratamiento con trastuzumab sea por un año, debido a que las aplicaciones por menor o mayor tiempo no han demostrado mejores resultados. Se recomiendan 8 mg/kg como dosis de impregnación y posteriormente cada 3 semanas dosis de 6 mg/kg o 4 mg/kg a dosis de carga en el esquema semanal, continuando con 2 mg/kg hasta completar un año (Sepulveda, 2014).

III.3 Funcionalidad conyugal y cáncer de mama

En un estudio de investigación realizado en 2014, “Impacto tras el diagnóstico de cáncer de mama en la funcionalidad del subsistema conyugal en la Unidad Medico Familia (UMF) 5 del IMSS” en el que se encontró una prevalencia de 83.6% de funcionalidad conyugal y 16.3% de disfuncionalidad conyugal (Quintanilla, 2016).

Vallejo de la Garza, realizó un estudio en Monterrey en 2013 “La Funcionalidad del subsistema conyugal y la depresión en pacientes con cáncer de mama en la UMF No. 6” en el que se encontraron los siguientes resultados: el 61% corresponde a funcionalidad en el subsistema conyugal y el 34% a disfuncionalidad en el subsistema conyugal (Vallejo, 2013).

Los factores que influyen en la relación de las pacientes y sus parejas son principalmente la gravedad de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, el tipo de cirugía realizada, el ciclo vital en el que se encuentre la pareja, los recursos personales para afrontar la enfermedad, entre muchos otros. Uno de los factores más importantes en este proceso son las relaciones interpersonales significativas que las estrechas relaciones as, de hecho, varios estudios demuestran que las estrechas relaciones interpersonales, en particular, la relación con la pareja, juegan un papel muy importante en la forma en la que la paciente se adapta y afronta su enfermedad (Quintanilla, 2016).

III.4 Afrontamiento en el cáncer de mama

Ante la alta prevalencia y lo agresivo de la enfermedad, así como de sus tratamientos, las pacientes con cáncer deben de enfrentarse a diversas situaciones y cambios altamente significativos en sus actividades día a día, generando incertidumbre, ansiedad, miedo y desesperanza, afectando su vida familiar, social, laboral entre otras. Dentro de este escenario aspectos psicológicos, sociales deben ser evaluados y tratados pues tienen un impacto potencial en la calidad de vida de las pacientes.

Por ejemplo, en se ha estudiado la calidad de vida en mujeres en la etapa de sobrevida y en el cuál existe una alta prevalencia en la inconformidad en el estado físico ya que la mama al ser característico del fenotipo de las mujeres y un órgano de atracción y significancia sexual disminuye la estabilidad de pareja en los aspectos físicos y sexuales (Henao et. al, 2017; Montiel et. al. 2016).

Varios estudios transversales han implementado diferentes estrategias para lidiar con el estrés y la ansiedad que convergen, indicando que las respuestas inadecuadas contribuyen a la mala salud y calidad de vida de los pacientes con cáncer, mientras que las respuestas positivas contribuyen a una mejor adaptación. a la enfermedad y la salud mental. Es posible distinguir diferentes enfoques teóricos para evaluar la capacidad de afrontamiento y adaptación a situaciones como las que enfrentan las mujeres con cáncer de mama, incluido el modelo adaptativo de Callista Roy, que tiene como propósito evaluar estos procesos utilizando herramientas como la escala de medición de la capacidad de afrontamiento y adaptación (CAPS) (Doria et. al., 2020).

Ante esto se han propuesto estrategias para lidiar el afrontamiento, en los diferentes estadios de cáncer de mama, que busca ofrecer una mejor calidad de vida para manejar su vida ante la enfermedad, algunos resultados muestran que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema resultan ser más eficaces cuando la mujer está en el momento de aclarar un diagnóstico de benignidad, y que la mamografía de cribado en sí no genera malestar emocional a las mujeres y que los altos de angustia los registran las mujeres con riesgos de cáncer de mama que emplean el afrontamiento pasivo, por tanto las recomendaciones al sector salud giran en torno a que se fortalezcan las estrategias de afrontamiento activo (Doria et. al., 2020).

III.4.1 Familia

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial en la que intervienen diversas dimensiones. Se refiere a la matriz de un grupo con características peculiares, así como con lazos especiales para vivir juntos y que tiene la posibilidad de crecer, desarrollarse y comprometerse (González, 2005).

La familia es una mezcla compleja de pasión sexual, afecto maternal, historias, emociones e interacciones personales, así como, vida cotidiana íntima. Aunque el parentesco y la red familiar de consecuencia, es definido en términos de reproducción biológica y en el marco del matrimonio, su naturaleza y definición varía en cada grupo social (Carro, 2008).

Con el paso del tiempo, ha habido transformaciones que se manifiestan en la estructura y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, lo que permite apreciar la flexibilidad de la familia y la capacidad que tiene para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales (Coria, 2006).

La familia, es el núcleo básico de la sociedad, sus orígenes surgen con la historia propia de la humanidad, por lo que ha tenido significativas transformaciones en su estructura y dinámica. En la actualidad existen nuevas estructuras familiares: como son biparentales hetero u homosexuales con o sin hijos; monoparentales primarias o secundarias; “hijos de la tecnología”; reproducción asistida para personas transgénero, entre otras muchas formas, esto representan nuevos desafíos para los Equipos de Medicina Familiar, teniendo la necesidad de identificar y atender patologías y situaciones de salud propias de la actual sociedad (Arias-Castillo, 2008).

Steinglass, en la teoría sistémica define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos que son representados por individuos y subunidades que se conforman por padres, hijos, los cuales conviven unos con otros. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se entiende que el sistema y cada uno de sus componentes estarán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por las relaciones que existan entre ellos (González, 2005).

El sistema familiar es diverso y realiza sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generación, género, intereses y funciones:

- Subsistema conyugal: constituido por un hombre y una mujer al decidir unirse con la intención de constituir una familia. Este subsistema puede constituir un refugio ante el estrés externo y la base para el contacto con otros sistemas sociales. Actualmente la trasformación que ha surgido en la humanidad ha permitido el desarrollo de subsistemas conyugales integrados por hombre-hombre y mujer-mujer.

- Subsistema paterno–filial: el nacimiento de un hijo determina la formación de este subsistema, surgiendo la necesidad de reorganización de los límites y las funciones familiares, para satisfacer las nuevas necesidades sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal.

- Subsistema fraterno: en este subsistema los hijos experimentan relaciones con sus iguales. Entre hermanos aprenden a compartir, cooperar y competir y establecen vínculos afectivos que ayudan a su desarrollo social (González, 2005).

III. 4.2 Ciclo vital de familia

El Ciclo Vital Familiar se refiere al proceso de desarrollo que implica una serie de etapas caracterizada por cambios y adaptaciones. Durante estos cambios pueden presentarse crisis, de menor y mayor intensidad, ya que al pasar de una etapa a otra las reglas de la familia cambian, y provocan en el sistema familiar situaciones adversas (Arias-Castillo, 2008).

Existen diferentes clasificaciones del Ciclo Vital de Familia como son las de: Geyman, Huerta, OMS, Duvall, sin embargo para fines de este estudio se tomará la clasificación de Carter y McGoldrick en la cual se presentan cuatro etapas del ciclo vital familiar con sus características, descripción del proceso de desarrollo familiar, tareas y tensiones que presentan, las cuales son:

a) Etapa de formación: se caracteriza por la formación de la pareja (conquista, noviazgo, matrimonio y pareja sola).

b) Etapa de expansión: inicia con el nacimiento del primer hijo, crianza y hasta que el hijo mayor tiene 6 años.

Esta etapa se caracteriza por cumplir labores de crianza y brindar apoyo a los hijos en el desarrollo se su autonomía y propiciar la socialización temprana.

c) Etapa de consolidación y apertura: inicia con la etapa escolar del hijo mayor. Esta etapa del ciclo vital de familia representa la de mayor desarrollo y duración, ya que se verá que con el paso de los años cada uno de los hijos irá abandonando el hogar de los padres llegando a la conclusión de esta etapa con la finalización de la actividad laboral de pareja.

d) Etapa de disolución: se representa por el Enfrentamiento de los cambios biológicos propios de la edad avanzada, lo cual lleva a la muerte de uno de los miembros de la pareja y culmina con la muerte del miembro restante (Vásquez, 2015).

III.4.3 Funcionalidad familiar

Se define a la funcionalidad familiar como la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo evolutivo, así como las crisis que se presentar durante el mismo, por lo que cada miembro debe cumplir con las tareas encomendadas (González, 2005).

La funcionalidad familiar es el conjunto de peculiaridades como son (Chávez, 1994): la adaptabilidad, participación, desarrollo, afectividad y la capacidad resolutiva, que caracterizan a la familia como sistema. Una familia funcional ante los procesos de cambio, realiza diversos ajustes los cuales pueden facilitar la adaptación de la familia durante crisis que experimentan a lo largo del ciclo de vida de la familia; sin embargo, también es posible que no ocurran los reajustes necesarios y se provoquen alteraciones en el funcionamiento de la misma (Alonso-Castillo, 2017).

Lo que determina la funcionalidad en una familia se relaciona con la capacidad que tienen los integrantes, tanto de manera individual y en grupo, para saber manejar de manera asertiva o direccionada la solución de problemas, así como las eventualidades que se presenten en la familia.

En una familia funcional sus integrantes que aceptan los roles y las tareas que se asignan a cada uno de ellos. Esta funcionalidad familiar es percibida por todos los integrantes de la misma y coinciden en que las interacciones que tienen entre ellos son saludables (Farías, 2022).

Un funcionamiento familiar saludable es el posibilita a cada integrante de la familia a cumplir con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los que se encuentran:

- La satisfacción de sus miembros en las necesidades afectivas, emocionales y materiales.

- Transferir los valores éticos y culturales.

- Promoción y facilitación de los procesos de socialización.

- Mantenimiento del equilibrio para enfrentar las crisis que se presentan en el curso del ciclo vital.

- Establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales. Creación de condiciones adecuadas para el desarrollo de la identidad personal y sexual.45

Conocer el funcionamiento de cada familia permite identificar los recursos con los que cuenta y que facilitan el desarrollo de estrategias específicas para su valoración, así como detectar sus herramientas y habilidades, que podrán dar un panorama real y objetivo para el logro de las metas que cada miembro pretende conseguir (Delfín-Ruiz, 2020).

El funcionamiento familiar no es lineal, está dado por una dinámica sistemática dada por los siguientes indicadores:

- Cohesión: se refiere a la unión física y emocional al afrontar situaciones y en la toma de decisiones en la vida diaria.

- Armonía: correspondencia de los intereses y necesidades individuales con los de la familia que generan un equilibrio emocional positivo.

- Comunicación: Capacidad de transmitir las experiencias entre los miembros de la familia de forma clara y directa. Refleja los patrones de interacción de la familia mediante los cuales se lleva a cabo el intercambio de información entre los integrantes de la familia.

- Permeabilidad: la capacidad de la familia para transmitir y recibir experiencias de otras familias y organizaciones.

- Afectividad: es la capacidad que tienen los miembros de la familia de demostrar emociones y sentimientos positivos de manera recíproca.

- Roles: son las responsabilidades y funciones negociadas en el núcleo familiar, es decir, el papel que cada integrante tiene dentro de la familia.

- Adaptabilidad: habilidad que tiene el sistema familiar para modificar y adaptar su estructura de poder, sus roles y reglas en respuesta a una situación de crisis o de desarrollo (Villarreal-Zegarra, 2017).

Por lo tanto, para que una familia sea funcional, es importante que se promueva un desarrollo favorable a la salud para cada miembro, teniendo en cuenta que es imprescindible tener:

- Jerarquías y límites claros.

- Roles definidos.

- Comunicación asertiva.

- Capacidad de adaptación al cambio (González, 2005).

El estudio de la funcionalidad en la relación de pareja es de gran importancia para todo el grupo familiar debido a que gran parte de los problemas familiar derivan de disfunciones del subsistema conyugal (Chávez, 1994).

III.4.4 Funcionalidad del subsistema conyugal

El subsistema conyugal, se integra cuando un hombre y una mujer toman la decisión de unirse con la intención de formar una familia. Las principales cualidades que tiene este subsistema para la implementación de sus tareas son la

complementariedad y acomodación mutua. Por tanto, cuando un paciente presenta una enfermedad crónica, estos aspectos en la relación de pareja pueden verse afectados de forma importante lo que puede derivar en disfunción del subsistema conyugal (Alemán, 2020).

III.4.4.1 La Pareja

Se define a la pareja como la relación entre dos personas para compartir una determinada unión, la cual es resultado de un periodo de asentamiento en el cual los sujetos implicados determinan una forma característica de enlace denominada "vínculo" (Leñero, 1976).

En las últimas décadas la pareja ha sufrido cambios sustanciales por lo que puede decirse que en la actualidad es un subsistema más deseado y más débil ya que han aumentado las exigencias y expectativas respecto a la pareja. La pareja de procreación da origen a la familia y a partir de ella se organiza todo el sistema familiar, siendo este subsistema el que aporta más recursos materiales, madurez, cuidados, conocimientos a la familia (Espinal et. al., 2017).

III.4.4.2 La Relación de Pareja

Es importante tener en cuenta que desde el punto de vista de funcionalidad la pareja no se forma con el matrimonio, sino desde la etapa de noviazgo, por lo que esta etapa es crucial y determinante, ya que en ella se concretan y afianzan factores que son significativos para la pareja. Luis Leñero menciona que cuando menos tres de los siguientes factores influyen en el proceso de elección de pareja, entre los que se encuentran:

1. Residencia en una determinada comunidad.
2. Pertenencia a una determinada clase social.
3. Involucración en un determinado círculo social.
4. Que la persona haya un grado de madurez física, psicológica y social.
5. Reconocer creencias afines.
6. Que se cuente con antecedentes educativos y culturales semejantes.

7. Contemplar expectativas económicas semejantes.

8. Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual (Chávez, 1994).

El subsistema conyugal precisa que se establezcan un conjunto de reglas propias y se consigan fijar bien los límites. Cada integrante de la pareja trae consigo valores y expectativas, su propio mapa de la realidad compuesto de costumbres, rituales, reglas, creencias, los cuales han sido aportados por la familia de origen de cada uno de ellos (González, 2005).

Es necesario que en la relación de pareja se desarrollen pautas de acomodación y se establezcan reglas, las cuales pueden ser verbalizadas, consensuadas y explícitas, sin embargo, también pueden establecerse inconscientemente de forma paulatina. Cada integrante de la pareja perderá individualidad y ganará, a cambio, pertenencia. La fijación de límites es una de las tereas más importantes que tiene la pareja para su propia protección y satisfacción. Si estos límites llegan a estar mal fijados pueden ocasionar conflictos y acarrear patología. En algunas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, la cual trasciende a través del tiempo, en la mayoría de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema conyugal (Chávez, 1994A).

Los problemas que existen entre las parejas, pueden generar patología orgánica en alguno de sus integrantes; esto les obliga a solicitar atención de los servicios de salud lo que incrementa la demanda de los mismos, acudiendo a consulta del médico familiar a solicitar apoyo, pero sin externar, salvo en algunas ocasiones, los problemas que están afectando la interacción conyugal (Chávez, 1994B).

El subsistema conyugal es un modelo para los demás subsistemas familiares, y todo lo que los cónyuges viven a diario lo aprende el resto de la familia (Yates, 2010).

III.4.4.3 Funciones Conyugales

Las funciones de la pareja se establecen desde el momento en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, una relación sana de pareja no es aquella que no tiene conflictos sino una pareja que sabe cómo manejarlos, sin importar la forma en que estos se presenten y en el momento en que se presenten. Las funciones conyugales que destacan y son consideradas para su evaluación son: la comunicación, la adjudicación y asunción de roles, la función de satisfacción sexual, el afecto y la toma de decisiones (Watzlawick, 1981).

1. Función de comunicación: Su evaluación de realiza mediante de las pautas de comunicación establecidas y predominantes en la pareja señaladas por Watzlawick, sus características son las siguientes:

- Que sea clara, es decir, que cada mensaje sea transmitido al receptor sin ninguna distorsión, sin mensajes enmascarados, o con un significado distinto o contrario a lo que se quiere decir.

- Que sea directa, es decir, que sea dirigida al receptor sin la necesidad de participación de algún otro integrante de la familia, ya que este tipo de comunicación se convertiría en patológica, lo que se conoce como comunicación triangular o desplazada.

- Que sea congruente, tanto a nivel verbal y corporal.

2. Función de adjudicación y asunción de roles: Se adjudican roles a cada integrante de la pareja que son necesarios para un adecuado funcionamiento de la familia. En base a como se asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad. Las características que se evalúan en esta función conyugal son:

- Congruencia. La función realizada debe ser coherente con las capacidades y aspiraciones de cada integrante de la pareja.

- Satisfacción. Al ejecutarse una función por cualquiera de los cónyuges, esta acción debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar.

- Flexibilidad. Intercambio de funciones entre los miembros del grupo familiar. Pueden cambiarse los roles para valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de las tareas.

3. Función de satisfacción sexual. La satisfacción sexual es de suma importancia en la relación de pareja. A la pareja recién formada puede llevarle aproximadamente entre 6 a 9 meses para lograr un ajuste sexual y que resulte mutuamente satisfactoria. Para evaluar esta función se propone se consideran dos rubros:

- Frecuencia de actividad sexual. Es importante indagar sobre ello con el objetivo de corroborar si no existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges, así como orientarlos acerca de las fases de la respuesta sexual humana.

- Satisfacción. Investigar si su actividad sexual y la frecuencia de la misma resulta satisfactoria.

4. Función de afecto Esta función se evalúa mediante las manifestaciones o expresiones de afecto, en algunos casos es suficiente una muestra de afecto mediante un abrazo o una caricia, sin embargo, para otras parejas es indispensable que las manifestaciones sean constantes y efusivas. Para su evaluación resulta conveniente emplear indicadores indirectos de esta función, como son:

- Manifestaciones físicas. Entre las que se encuentra abrazos, besos, caricias y en general todo tipo de contacto físico que se tenga entre la pareja.

- Calidad de convivencia. La percepción de satisfacción que tiene los cónyuges respecto al tiempo que pasan juntos, así como las actividades que realizan en pareja.

- Reciprocidad. Implica que cada miembro de la pareja esté dispuesto a dar al menos lo que recibe tanto en el área afectiva, recreativa, individual, entre otras.

5. Función de toma de decisiones. Esta función debe realizarse desde la libertad de acciones, evaluando y analizando todas las circunstancias y escenarios posibles y evitando por todos los medios tomar decisiones a la ligera y bajo presión. Los estilos más frecuentes son:

- Toma de decisiones conjunta. Ambos cónyuges externan sus opiniones de la decisión a tomar, lo que genera en ambos un sentimiento de coparticipación e interés mutuo.

- Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la capacidad de tomar decisiones sin tener en cuenta la participación o la opinión del otro cónyuge; este estilo se presenta principalmente en las familias patriarcales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir (Barbado y Aizpiri, 2014).

El cáncer de mama representa un problema de salud mundial, está asociado con cambios físicos, mutilación, dolor y muerte, sin embargo, no es la regla general para todas las pacientes, ni es sinónimo de desesperanza; dolor físico ni espiritual. Lo que es innegable, es que genera un cambio en el estilo de vida de quienes lo padecen y de sus familiares; principalmente en la relación de pareja, ya que presentan modificaciones en las rutinas que tenían en su vida diaria, por tanto, es probable que el compañero tenga la necesidad de tomar roles que antes tenía su esposa y ahora no puede desempeñar, tomando responsabilidades adicionales lo que puede generar periodos de crisis que lleven a disfuncionalidad en la relación de pareja, de ello deriva la importancia de su estudio (Moreno-López, 2014).

III.4.5 Afrontamiento

El término afrontamiento ha sido utilizado por más de 40 años, siendo el auge del mismo entre 1940 a 1950. El afrontamiento está definido como el esfuerzo que realiza una persona para hacer frente a una situación específica o estresante y éste puede ser de tipo cognitivo y conductual, para tratar las demandas internas y externas, así como los conflictos entre ambas y que pueda concluir en el bienestar de esta persona. Lazarus y Folkman definen al afrontamiento como el conjunto de recursos y esfuerzos, cognitivo y conductuales, que están encaminados a la resolución de un problema con lo que se puede reducir, modificar o eliminar la respuesta emocional de una situación (Rojas-May, 2006; Lazarus, 1986).

El afrontamiento es un tipo de respuesta que se genera ante una situación estresante, se refiere a toda actividad que utiliza una persona para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible (Stefanie, 2012).

La regulación del estrés y la selección de la estrategia más adecuada para el afrontamiento del mismo y del problema que lo genera, dependen de la evaluación emocional y cognitiva de cada individuo.

No obstante, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la búsqueda de apoyo social.

Las estrategias encaminadas a generar un afrontamiento adecuado y activo del problema ayudan al individuo a reducir el estrés y las consecuencias del mismo, lo que se asocia tanto con un mayor bienestar emocional, así como la disminución de la sintomatología psicofisiológica en los niveles cognitivo, emocional, conductual y de ansiedad (Tous-Pallarés, 2022).

Adaptarse a esta nueva situación de vida implica que los pacientes y sus familiares deben hacer un esfuerzo psicológico para aceptar el diagnóstico de cáncer de mama, buscar atención clínica, exploración o examen médico, consulta con un médico especialista, y tratar con todos sus efectos secundarios, que casi siempre son repugnantes. En este proceso, a medida que se demuestran las estrategias de afrontamiento psicológico de cada paciente frente a la enfermedad, todas están orientadas a equilibrar o aliviar el miedo a los eventos estresantes (Tous-Pallarés, 2022).

Flores-Garay en el 2018, realizó el estudio “El afrontamiento y la familia como factores protectores y terapéuticos en la adherencia al tratamiento de pacientes con cáncer de mama” en el que encontró que la funcionalidad no influye en las estrategias de afrontamiento que presentan los participantes; de igual manera la

tipología familiar tampoco se asocia con la funcionalidad y las estrategias de afrontamiento (Flórez-Garay, 2018).

El diagnóstico de cáncer afecta tanto al paciente como a los miembros de su familia, así como las relaciones y funcionamiento de la misma. El afrontamiento del cáncer es la respuesta del paciente, así como sus cuidadores ante la enfermedad. El cáncer en uno de sus miembros es un estresor potente para la familia. La manera de sobrellevar la crisis ante la enfermedad determinará la forma de emplear los recursos de afrontamiento (Hernández, 2020).

Existen 2 tipos de afrontamiento, el afrontamiento activo de una situación o enfermedad grave está relacionado a una disminución en la tensión que se produce asociada a la patología, el afrontamiento pasivo se presenta como el deterioro en la calidad de vida de la persona, ya que éste se relaciona a un rápido progreso de la patología, así como a un aumento en la tensión emocional. Los estresores que se presentan ante el diagnóstico de una enfermedad generan ambas respuestas de afrontamiento, sin embargo, es posible que predomine alguno de ellos, y estas pueden resultar funcionales o disfuncionales en la medida en que sean útiles para la adaptación ante el estresor (Acosta-Zapata et. al., 2017).

El afrontamiento comienza con una evaluación cognitiva de la importancia de la enfermedad y la identificación de tareas, metas u objetivos adaptativos que deben lograrse (Martin-Lull et. al., 2003).

Las siguientes preguntas son de gran utilidad para evaluar el afrontamiento de una persona: "¿Cómo ha sido el abordaje o manejo de los tiempos difíciles en el pasado?", "¿De qué y de quienes depende cuando de enfrenta a momentos difíciles?". Existen varios factores que median las formas en que los pacientes afrontan las situaciones que se les presentan, como son la esperanza, la familia u otros seres queridos, el apoyo social, las creencias espirituales y religiosas, la negación. Otro factor importante es la situación económica en la que se encuentra la paciente y su familia, ya que influye en la forma de afrontar la situación y contribuye a las discrepancias en la atención (Pérez et. al., 2017).

El afrontamiento es un proceso continuo el cual está conformado por 4 etapas:

1. Anticipatoria. Periodo que se representa por la proximidad de la situación estresante, no permite a la persona generar expectativas favorables en relación a su salud, por lo que es una etapa de afrontamiento directo.

2. Confrontación: Se refiere propiamente al afrontamiento a la situación estresante, siendo el componente emocional el más importante. La paciente presenta preocupación por saber si el diagnóstico es grave y si se pone en riesgo la vida y los cambios en la rutina que solía llevar.

3. Espera. Es esta etapa la paciente ya conoce los resultados de su situación, sin embargo, estos no han sido comunicados por parte del equipo médico.

4. Resultados: Aquí la persona empieza a formular respuestas y busca soluciones que le permitan afrontar la enfermedad. En ella se define la estrategia de afrontamiento que utilizará la persona (Pérez et. al., 2017).

El cáncer se considera un evento estresante. Principalmente el diagnóstico de cáncer de mama, debido a que se cree que es una enfermedad de mal pronóstico, debilitante y costosa, es tan dañina a nivel individual, familiar, de pareja, profesional y social que se percibe como una amenaza. Esto es válido para los aspectos psicológicos y sociales de la mayoría de las situaciones negativas (Pérez et. al., 2017).

Posterior al diagnóstico de la enfermedad, se requieren mecanismos adaptativos los cuales son llamados estrategias de afrontamiento, las cuales proporcionan a la persona una capacidad estabilizadora ante una situación de estrés. Los mecanismos de afrontamiento son 3, entre los que se encuentran los cognitivos, afectivos y conductuales, y de las estrategias de afrontamiento, se mencionan los siguientes:

- Adaptativas:
  - ✓ Resolución de problemas.
  - ✓ Reestructuración cognitiva.

- ✓ Apoyo social.
- ✓ Expresión emocional.

• No adaptativas:

- ✓ Evitación de problemas.
- ✓ Pensamiento desiderativo.
- ✓ Retirada social.
- ✓ Autocrítica.

Existen estrategias de afrontamiento que se basan en problemas (p. ej., búsqueda de apoyo social, reevaluación del factor estresante) estas implican esfuerzos para cambiar la respuesta al factor estresante y son más eficaces para los padecimientos crónicos. Otros factores que intervienen la forma de afrontar la situación, como son: la patología, el tipo de tratamiento, características propias del paciente (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico), los factores relacionados con el ambiente del paciente (tipo de familia, apoyo social, relación satisfactoria con su cónyuge, funcionamiento familiar, satisfacción marital) (Pérez et. al., 2017; Lazarus y Folkman, 1984).

El interés por estudiar las estrategias de afrontamiento en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama surge principalmente por las alarmantes cifras de incidencia de esta patología, así como la necesidad de abordar los aspectos psicológicos propios de la enfermedad, los cambios que genera en el estilo de vida, las expectativas y sueños de las personas que lo padecen, es especial, el estudio de las estrategias de afrontamiento con los que cuenta la pajera para superar la enfermedad (secretaría de salud, 2020).

III.4.6 Instrumento de evaluación de evaluación del subsistema conyugal

Diferentes instrumentos evalúan el tipo de relación que existe en la pareja, el más utilizado es del Dr. Víctor Chávez-Aguilar. Este instrumento fue validado en población mexicana desde 1994 en el IMSS, con un Alfa de Cronbach de 0.91.

La evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal mediante la escala de Chávez-Velasco, toma en cuenta las principales funciones que tiene el subsistema conyugal, a cada función se le asigna un criterio de evaluación cuantitativo y cualitativo mediante un indicador. Evalúa los siguientes parámetros:

I. Comunicación:

Evalúa que la comunicación con la pareja sea directa, con mensajes claros y la congruencia entre la comunicación verbal y analógica. Otorga el 30% de la evaluación, otorgando 0, 5 y 10 puntos para el indicador de nunca, ocasional y siempre respectivamente.

II. Adjudicación y asunción de roles:

Evalúa que la pareja cumpla los roles que se adjudican mutuamente, que estén satisfechos con los roles asumidos por cado uno de ellos y si existe o se da oportunidad al intercambio de roles en la pareja (flexibilidad). Da un 15% de la evaluación, con 0, 2.5 y 5 puntos si la respuesta es nunca, ocasional o siempre respectivamente.

III. Satisfacción sexual:

Evalúa la frecuencia de las relaciones sexuales y si estas son satisfactorias para la pareja. Estos parámetros proporcionan el 20% de la evaluación, con un indicador de 0 si la respuesta es nunca, 5 puntos si es ocasional y 10 puntos si la respuesta es siempre.

IV. Afecto:

Incluye las manifestaciones físicas de afecto que tiene la pareja respecto a su cónyuge, el tiempo que se dedican mutuamente, si la pareja se interesa por el desarrollo y superación uno del otro, y la percepción que tienen de sentirse queridos por su pareja. Es el 20% de la evaluación de la escala da funcionalidad conyugal 15 dando un indicador de 0, 5 y 10 puntos dependiendo si la respuesta es nunca, ocasional y siempre respectivamente.

V. Toma de decisiones:

Evalúa si las decisiones importantes se toman de manera conjunta por la pareja. Representa el 15% de esta escala, otorga puntos de 0 cuando la respuesta es nunca, 7.5 puntos si es ocasional y 15 puntos si la respuesta es nunca.

Con el uso de la escala de Chávez-Velazco se otorga un valor numérico según el grado de satisfacción a cada pregunta, al final se suman los valores numéricos obtenidos y se evalúa en función de la puntuación obtenida:

- 0-40 Pareja severamente disfuncional.
- 41-70 Pareja con disfunción moderada.
- 71-100 Pareja funcional (Chávez, 1994).

III.4.7 Instrumento de evaluación de evaluación de las estrategias de afrontamiento

La escala utilizada para medir estrategias de afrontamiento a un estresor es el "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" cuya versión en inglés es de Tobbin, Holroyd, Reynols y Wigal (1989) de 72 ítems, adaptado al castellano por Cano y cols. (2007) con lo que se obtuvieron 40 ítems, y fue validado en México en la UNAM por Nava y cols., con los 40 ítems. Con Alfas de Cronbach superiores a 0.7 en cada dimensión evaluada (Martin-Lull et. al., 2003).

En él se valoran 8 dimensiones de estilos de afrontamientos, en este la persona inicia por describir de forma detallada el estresor, posteriormente contesta cada enunciado del inventario con una escala de Likert de cinco puntos en: 0) En absoluto, 1) Un poco, 2) Bastante, 3) Mucho, y 4) Totalmente; que define la frecuencia de realización de lo descrito en el enunciado durante la situación que describe, que en este caso es lo sintió, pensó, y pasó al saberse con cáncer de mama y el tratamiento que se le ofrecía. Al final se contesta un ítem adicional acerca de la Autoeficacia percibida del afrontamiento. Las ocho dimensiones que valora son las siguientes:

1. Resolución de problemas. Son las estrategias cognitivas y conductuales para afrontar el estrés modificando la situación que lo provoca.

2. Reestructuración cognitiva. Estrategias que modifican el significado de la situación estresante.

3. Apoyo social. Es una estrategia referida a la búsqueda de apoyo emocional.

4. Expresión emocional. Estrategias para liberar emociones derivadas del estrés.

5. Evitación de problemas. Las estrategias implican negar y evitar pensamientos o acciones asociadas con el evento estresante.

6. Pensamiento desiderativo. Estrategias que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

7. Retirada social. Estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

8. Autocritica. Es una estrategia basada en la autoinculpación y autocritica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo (Martin-Lull et. al., 2003).

La agrupación de los ítems es de la siguiente manera:

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	ABREVIACION	ITEMS	α
Resolución de problemas	REP	1, 9, 17, 25, 33	0.80
Autocritica	AUT	2, 10, 18, 26, 34	0.86
Expresión emocional	EEM	3, 11, 19, 27, 35	0.86
Pensamiento desiderativo	PSD	4, 12, 20, 28, 36	0.84
Apoyo social	APS	5, 13, 21, 29, 37	0.84
Reestructuración cognitiva	REC	6, 14, 22, 30, 38	0.82
Evitación de problemas	EVP	7, 15, 23, 31, 39	0.70
Retirada social	RES	8, 16, 24, 32, 40	0.78

Cada estrategia se evalúa por separado teniendo un mínimo de 0 y un máximo de 20, entre más alta la calificación es el estilo que utiliza la paciente al afrontar la notificación de la patología. Una paciente puede utilizar varias estrategias a la vez, ya que no son excluyentes entre sí (Martin-Lull et. al., 2003).

IV. Hipótesis

Ho: La asociación entre la resolución de problemas y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre la resolución de problemas y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre la resolución de problemas y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre la resolución de problemas y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

Ho: La asociación entre el apoyo social y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre el apoyo social y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre el apoyo social y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre el apoyo social y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

Ho: La asociación entre la reestructuración cognitiva y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre la reestructuración cognitiva y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre la reestructuración cognitiva y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre la reestructuración cognitiva y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

Ho: La asociación entre la expresión emocional y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre la expresión emocional y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre la expresión emocional y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre la expresión emocional y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

Ho: La asociación entre la evitación de problemas y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre la evitación de problemas y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre la evitación de problemas y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre la evitación de problemas y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

Ho: La asociación entre la retirada social y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre la retirada social y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre la retirada social y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre la retirada social y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

Ho: La asociación entre el pensamiento desiderativo y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre el pensamiento desiderativo y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre el pensamiento desiderativo y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre el pensamiento desiderativo y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

Ho: La asociación entre la autocrítica y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 61% y la asociación entre la autocrítica y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es menor o igual que 34%.

Ha: La asociación entre la autocrítica y la funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 61% y la asociación entre la autocrítica y la disfuncionalidad conyugal en pacientes con cáncer de mama es mayor que 34%.

V. Objetivos

V.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en el HGR No.1 IMSS.

V.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres con Cáncer de mama (edad, escolaridad, religión, etc.)
2. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y la resolución de problemas en pacientes con cáncer de mama.
3. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama.
4. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y reestructuración cognitiva en pacientes con cáncer de mama.
5. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y expresión emocional en pacientes con cáncer de mama.
6. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y evitación de problemas en pacientes con cáncer de mama.
7. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y retirada social en pacientes con cáncer de mama.
8. Determinar la asociación la funcionalidad conyugal y pensamiento desiderativo en pacientes con cáncer de mama.
9. Determinar la asociación entre la funcionalidad conyugal y autocrítica en pacientes con cáncer de mama.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se llevó a cabo un estudio transversal analítico de asociación.

VI.2 Población o unidad de análisis

Se estudiaron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que actualmente tienen vida de pareja que acudan al servicio de Oncología del IMSS.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se calculó la muestra de acuerdo a la fórmula de Proporciones para 2 poblaciones o más:

$$n: \frac{\left(Z_{\propto} + Z_{\beta}\right)^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_{1-} p_0)^2}$$

En donde:

Zα: Nivel de confianza del 95% que corresponde a 1.64

Z_{β}: Poder de prueba del 80% que corresponde a 0.842

p_1: .61

q_1: 1- .61 = 0.39

p_0: 0.34

$q_{0:}$ 1- 0.34 = 0.66

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 \ [(0.61)(0.39) + (0.34)(0.66)]}{(0.61 - 0.34)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 \ [0.2379 + 0.2244]}{(0.27)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 \ (0.4623)}{0.0729}$$

$$n = \frac{(6.16)\ (0.4623)}{0.0729}$$

$$n = \frac{2{,}8477}{0.0729}$$

$$n = 39.06$$

Se redondea a 40 pacientes por grupo para determinar la relación de la funcionalidad conyugal y las estrategias de afrontamiento.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en dos grupos: pacientes con cáncer de mama con funcionalidad conyugal y pacientes con cáncer de mama sin funcionalidad conyugal.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a pacientes de cualquier edad con diagnóstico de cáncer de mama, que actualmente tengan vida de pareja, que firmen carta de consentimiento informado y que sean derechohabientes del IMSS. Se excluyeron a pacientes que fueron diagnosticadas con alguna enfermedad psiquiátrica previo al diagnóstico principal, con algún déficit funcional o cognitivo que les impida responder el instrumento y embarazadas. Se eliminaron a las pacientes que no contestaron la totalidad de los cuestionarios y/o que decidieron retirarse del estudio.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables a estudiar fueron sociodemográficas: edad, estado civil, religión, escolaridad y ocupación. Pareja: Funcionalidad del sistema conyugal. Estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social, pensamiento desiderativo y autocrítica.

VI. 4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó un instrumento de recolección de datos sociodemográficos, así como el "Inventario de estrategias de afrontamiento" y la "Escala Chávez-Velasco para la evaluación del subsistema conyugal".

La escala utilizada para medir las estrategias de afrontamiento a un estresor es el de los estilos de afrontamiento es el "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" cuya versión en inglés es de Tobbin, Holroyd, reynols y Wigal (1989) de 72 ítems, adaptado al castellano por Cano y cols. (2007) quedando de 40 ítems, y validado en México en la UNAM por Nava y cols, con los 40 ítems. Con Alfas de Cronbach superiores a 0.7 en cada dimensión evaluada.

Este inventario de estrategias de afrontamiento valora 8 dimensiones de estilos de afrontamientos, en este la persona inicia por describir de forma detallada el estresor, posteriormente contesta cada enunciado del inventario con una escala de Likert de cinco puntos en: 0) En absoluto, 1) Un poco, 2) Bastante, 3) Mucho, y 4) Totalmente; que define la frecuencia de realización de lo descrito en el enunciado durante la situación que describe, que en este caso es lo sintió, pensó, y pasó al saberse con cáncer de mama y el tratamiento que se le ofrecía. Al final se contesta un ítem adicional acerca de la Autoeficacia percibida del afrontamiento. Las ocho dimensiones que valora son las siguientes:

1. Resolución de problemas. Que son estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

2. Reestructuración cognitiva. Estrategias que modifican el significado de la situación estresante.

3. Apoyo social. Es una estrategia referida a la búsqueda de apoyo emocional.

4. Expresión emocional. Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

5. Evitación de problemas. Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.

6. Pensamiento desiderativo. Estrategias que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

7. Retirada social. Estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

8. Autocritica. Es una estrategia basada en la autoinculpación y autocritica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Los ítems se agrupan de la siguiente manera:

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	ABREVIACION	ITEMS	α
Resolución de problemas	REP	1, 9, 17, 25, 33	0.80
Autocritica	AUT	2, 10, 18, 26, 34	0.86
Expresión emocional	EEM	3, 11, 19, 27, 35	0.86
Pensamiento desiderativo	PSD	4, 12, 20, 28, 36	0.84
Apoyo social	APS	5, 13, 21, 29, 37	0.84
Reestructuración cognitiva	REC	6, 14, 22, 30, 38	0.82
Evitación de problemas	EVP	7, 15, 23, 31, 39	0.70
Retirada social	RES	8, 16, 24, 32, 40	0.78

Cada estrategia se evalúa por separado teniendo un mínimo de 0 y un máximo de 20, entre más alta la calificación es el estilo que utiliza la paciente al afrontar la notificación de la patología. Una paciente puede utilizar varias estrategias a la vez, ya que no son excluyentes entre sí (Martin-Lull et. al., 2003).

La evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal mediante la escala de Chávez-Velasco, es instrumento validado en población mexicana desde 1994 en el IMSS, con un Alfa de Cronbach de 0.91. Toma en cuenta las principales funciones que tiene el subsistema conyugal, en donde a cada función se le asigna un criterio de evaluación cuantitativo y cualitativo mediante un indicador. Evalúa los siguientes parámetros (Lazarus, 1986):

I. Comunicación:

Evalúa que la comunicación con la pareja sea directa, con mensajes claros y la congruencia entre la comunicación verbal y analógica. Otorga el 30% de la evaluación, otorgando 0, 5 y 10 puntos para el indicador de nunca, ocasional y siempre respectivamente.

II. Adjudicación y asunción de roles:

Evalúa que la pareja cumpla los roles que se adjudican mutuamente, que estén satisfechos con los roles asumidos por cado uno de ellos y si existe o se da oportunidad al intercambio de roles en la pareja (flexibilidad). Da un 15% de la evaluación, con 0, 2.5 y 5 puntos si la respuesta es nunca, ocasional o siempre respectivamente.

III. Satisfacción sexual:

Evalúa la frecuencia de las relaciones sexuales y si estas son satisfactorias para la pareja. Estos parámetros proporcionan el 20% de la evaluación, con un indicador de 0 si la respuesta es nunca, 5 puntos si es ocasional y 10 puntos si la respuesta es siempre.

IV. Afecto:

Incluye las manifestaciones físicas de afecto que tiene la pareja respecto a su cónyuge, el tiempo que se dedican mutuamente, si la pareja se interesa por el desarrollo y superación uno del otro, y la percepción que tienen de sentirse queridos por su pareja. Es el 20% de la evaluación de la escala da funcionalidad conyugal 15 dando un indicador de 0, 5 y 10 puntos dependiendo si la respuesta es nunca, ocasional y siempre respectivamente.

V. Toma de decisiones:

Evalúa si las decisiones importantes se toman de manera conjunta por la pareja. Representa el 15% de esta escala, otorga puntos de 0 cuando la respuesta es nunca, 7.5 puntos si es ocasional y 15 puntos si la respuesta es nunca.

Con el uso de la escala de Chávez-Velazco se otorgó un valor numérico según el grado de satisfacción a cada pregunta. Al final se suman los valores numéricos obtenidos y se evalúa en función de la puntuación obtenida:

- 0-40 Pareja severamente disfuncional.
- 41-70 Pareja con disfunción moderada.
- 71-100 Pareja funcional (Chávez, 1994).

Dichos instrumentos son autoaplicables, se estuvo presente en todo momento para resolver cualquier duda o en caso de desencadenar una reacción emocional. Al término se dio a conocer su resultado y cuando se encontró poca satisfacción, se derivó al servicio de psicología.

VI. 5 Procedimientos

Después de la autorización por el comité de investigación se requirió, con el oficio firmado por la directora de tesis, al área de enseñanza y autoridades correspondientes del HGR N.1 IMSS en el servicio de oncología, la aprobación y permiso para realizar el estudio de investigación en este hospital.

Se acudió al servicio de oncología del HGR N.1 del IMSS durante seis meses. En este tiempo se seleccionó a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente se les invitó a participar en la investigación con una explicación extensa sobre el mismo y tras contar con su autorización, firmaron el consentimiento informado. A continuación, se procedió a la recolección de datos mediante los instrumentos.

VI. 5.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, para las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas con promedios y desviación estándar. Para el análisis de variables se empleó Chi cuadrada mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 27.

VI. 6 Consideraciones éticas

El presente estudio se analizó ante un Comité Local de Ética e Investigación en Salud para su revisión, evaluación y aceptación, y de esa forma fue aceptado de acuerdo a la reglamentación ética vigente.

En cuanto a aspectos éticos internacionales, esta investigación se apegó, a los principios éticos de la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

De igual manera, se apega a lo establecido en la Declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2008, se respeta el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”.

La recolección de datos respetó los principios que se establecen en la pauta número doce “Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud” establecidos Durante su reunión anual del 2009, el Comité Ejecutivo del CIOMS consideró la conveniencia de revisar las pautas éticas de investigación biomédica.

En cuanto a los aspectos éticos nacionales, específicamente los lineamientos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la Salud vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme a lo siguiente:

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio se considera que corresponde a una investigación de riesgo mínimo ya que es un estudio en el que se aplicarán 2 instrumentos para evaluar la satisfacción conyugal y el tipo de afrontamiento, por lo cual la paciente podría desencadenar reacciones emocionales durante el estudio.

El presente estudio respetó cada uno de los principios de bioética que rigen el proceso de investigación, la participación en este estudio no condicionó la atención médica de la paciente y tampoco se ejerció coerción para la partición en el mismo. No hubo remuneración económica tras la participación en el estudio. El uso de la información fue anónimo y confidencial donde solo se identificó por medio de un número de folio y los datos fueron encriptados y almacenados por un tiempo no mayor a 5 años y solo tuvo acceso el investigador principal a todas las estadísticas del proyecto.

VII. Resultados

Se realizó el análisis de 136 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento con vida de pareja, en el HGR N1 IMSS, divididos en dos grupos: con funcionalidad conyugal y sin funcionalidad conyugal, donde el 52.9% (n=72) fueron pacientes con cáncer de mama y funcionalidad conyugal y el 47.1% no (n = 64) fueron pacientes con cáncer de mama y sin funcionalidad conyugal. La edad promedio de las pacientes entrevistadas fue de 51.5 ± 9.08 años de edad.

De ellas, el estado civil predominante para pacientes con cáncer de mama y funcionalidad conyugal fue casada con un 86.1% (62) al igual que las pacientes sin funcionalidad con 75% (48) (X^2=2.7, p=0.1). En su mayoría, un 66.7% (48) y 65.6% (42), fueron de religión católica con y sin funcionalidad conyugal, respectivamente (X^2=3.9, p=0.41); en escolaridad en su mayoría de subsistema conyugal funcional, el 37.5% cursaron hasta licenciatura (27) y sin funcionalidad conyugal el 35.9% cursaron hasta bachillerato (23) (X^2=2.03, p=0.845); la ocupación predominante en pacientes con subsistema conyugal funcional fue empleada con 54.2% (39) y las pacientes sin funcionalidad conyugal el 50% (32) fueron empleadas también (X^2=3.7, p=0.29) (Véase cuadro VII.1).

Con respecto al tipo de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama encuestadas, el 65.3% (47) de las pacientes con subsistema conyugal funcional recibieron cirugía y quimioterapia parental, al igual que el 67.2% (43) de las pacientes sin funcionalidad conyugal (X^2=2.47, p=0.872) (Véase cuadro VII.2).

El 93.1% (67) y el 95.3% (61) de las pacientes encuestadas con y sin funcionalidad conyugal, respectivamente, se encontraban en etapa clínica localmente avanzado del cáncer (128) (X^2=2.4, p=0.87) (Véase cuadro VII.3).

El tipo de estrategia de afrontamiento predominante de las pacientes encuestadas con subsistema conyugal funcional fue apoyo social con un 79.2% (57) (X^2=27.07, p=0.000), seguido de reestructuración cognitiva con un porcentaje de 75% (54) (X^2=19.48, p=0.000). Mientras que las pacientes con cáncer encuestadas sin funcionalidad conyugal utilizaron en su mayoría como estrategia de afrontamiento el pensamiento desiderativo con un 76.6% (49) (X^2=0.571, p=0.450) seguido de retirada social con un 71.9% (46) (X^2=44.5, p=<0.01). La expresión emocional (RM=14.04, p=0.000), el apoyo social (RM= 9.00, p= 0.000) y la resolución de problemas (RM=6.95, p= 0.000) son las estrategias de afrontamiento adaptativas que mayor fuerza de asociación presentaron. (véase cuadro VII.4).

El análisis de la relación de la funcionalidad conyugal y resolución de problemas con religión mostró que en su mayoría tiene relación con la religión católica (34; 70.8%) (X^2=2.1, p=0.71) (Véase cuadro VII.5). En cuanto a la relación entre funcionalidad conyugal y resolución de problemas con tipo de tratamiento se encontró que tiene una frecuencia más alta la cirugía + quimioterapia parental en relación con funcionalidad conyugal, misma que es estadísticamente significativa (X^2=22.26, p=0.000), no obstante, también se encontró significancia estadística con quimioterapia parental (X^2=9, p=0.003) (Véase cuadro VII.6).

CUADRO VII.1. Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama. *n=136*

	Funcionalidad conyugal		Sin funcionalidad conyugal		Valor de p
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Casada	**62**	**86.1**	**48**	**75**	0.1
Unión libre	10	13.9	16	25	
Religión					0.41
Católica	**48**	**66.7**	**42**	**65.5**	
Cristiana	18	25	14	21.9	
Testigo de Jehová	2	2.8	3	4.7	
Ateo	2	2.8	0	0	
Otra	2	2.8	5	7.8	
Escolaridad					0.845
No cursó nivel educativo	3	4.2	2	3.1	
Primaria	1	1.4	2	3.1	
Secundaria	11	15.3	14	21.9	
Bachillerato	26	36.1	**23**	**35.9**	
Licenciatura	**27**	**37.5**	21	32.8	
Posgrado	4	5.6	2	3.1	
Ocupación					32.8
Ama de casa	19	26.4	21	32.8	
Empleada	**39**	**54.2**	**32**	**50**	
Obrera	4	5.6	7	10.9	
Otro	10	13.9	4	6.3	

FUENTE: Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" aplicado a pacientes con cáncer de mama en El HGR N.1, IMSS, Querétaro. Prueba de X^2.

CUADRO VII.2. Tipo de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.

n=136

	Funcionalidad conyugal		Sin funcionalidad conyugal		Valor de p
Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cirugía	5	6.9	3	4.7	0.872
Radioterapia	0	0	1	1.6	
Quimioterapia parental	4	5.6	5	7.8	
Quimioterapia oral	9	12.5	5	7.8	
Cirugía + quimioterapia parental	**47**	**65.3**	**43**	**67.2**	
Cirugía + radioterapia + quimioterapia parental	5	6.9	5	7.8	
Cirugía + radioterapia	2	2.8	2	3.1	

FUENTE: Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" aplicado a pacientes con cáncer de mama en El HGR N.1, IMSS, Querétaro. Prueba de X^2.

CUADRO VII.3. Etapa clínica del cáncer de las pacientes con cáncer de mama. *n=136*

	Funcionalidad conyugal		Sin funcionalidad conyugal		Valor de p
Etapa clínica del cáncer	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Etapa inicial	5	6.9	3	4.7	0.87
Localmente avanzado	**67**	**93.1**	**61**	**95.3**	

FUENTE: Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" aplicado a pacientes con cáncer de mama en El HGR N.1, IMSS, Querétaro. Prueba de X^2.

CUADRO VII.4. Funcionalidad conyugal y su asociación con las diferentes estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama

n=136

Tipo de estrategia de afrontamiento	RM	IC 95%		Valor de p
		Min	Max	
Resolución de problemas	6.959	3.250	14.904	0.000*
Apoyo social	9.000	4.119	19.666	0.000*
Reestructuración cognitiva	5.000	2.397	10.430	0.000*
Expresión emocional	14.040	6.005	32.824	0.000*
Evitación de problemas	10.200	4.592	22.655	0.000*
Retirada social	0.071	0.030	0.164	0.000*
Pensamiento desiderativo	0.473	0.344	1.605	0.450
Autocrítica	0.273	0.134	0.556	0.000*

**p significativa <0.05*

FUENTE: Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" aplicado a pacientes con cáncer de mama en El HGR N.1, IMSS, Querétaro. Prueba de X^2,Razón de Momios con un nivel de confianza del 95%.

CUADRO VII. 5. Relación entre resolución de problemas y la funcionalidad conyugal con religión

n=136

	Funcionalidad conyugal		Sin funcionalidad conyugal		Valor de p
Religión y resolución de problemas	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Católica	**34**	**70.80**	**12**	**28.6**	0.71
Cristiana	11	61.10	1	7.1	
Testigo de Jehová	2	100	1	33.3	
Ateo	1	50	1	50	
Otra	1	50	1	20	

FUENTE: Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" aplicado a pacientes con cáncer de mama en El HGR N.1, IMSS, Querétaro. Prueba de X^2.

CUADRO VII. 6. Relación entre resolución de problemas y la funcionalidad conyugal con tipo de tratamiento

n=136

	Funcionalidad conyugal		Sin funcionalidad conyugal		Valor de p
Tipo de tratamiento y resolución de problemas	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cirugía	3	60	3	100	0.2
Radioterapia	0	0	1	100	
Quimioterapia parental	4	100	0	0	**0.003***
Quimioterapia oral	5	55.6	1	20	0.19
Cirugía + quimioterapia parental	**32**	**68.1**	**8**	**18.6**	**0.000***
Cirugía + radioterapia + quimioterapia parental	4	80	1	20	0.058
Cirugía + radioterapia	1	50	1	50	1

**p significativa <0.05*

FUENTE: Obtenido del "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" aplicado a pacientes con cáncer de mama en El HGR N.1, IMSS, Querétaro. Prueba de X^2.

VIII. Discusión

La prevalencia de cáncer de mama ha aumentado a través de los años y diversos estudios han estimado que en el futuro dos de cada tres mujeres desarrollarán este padecimiento. Derivado de ello, es importante el estudio de las características psicológicas de las pacientes que sufren de este tipo de cáncer ya que existen pocos estudios relacionados con este tema, aunque ha sido bien documentado la importancia del apoyo psicológico durante esta enfermedad.

Un estudio realizado en pacientes con cáncer de mama en China, mostró que la calidad marital de las pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia es pobre (Hao et. al., 2010). Por otro lado, los estudios realizados sobre estrategias de afrontamiento muestran que en mujeres egipcias prevalecen la aceptación, religión y apoyo emocional (Elsheshtawy et al., 2014). Mientras que estudios similares realizados en mujeres iraníes encontraron, de igual manera, que religión, aceptación, auto distracción, planificación, afrontamiento activo, reformulación positiva y negación fueron las estrategias de afrontamiento más comunes y que estas estaban positivamente relacionadas a la calidad de vida (Khalili et al., 2013).

Otro estudio realizado en mujeres blancas y afroamericanas mostró que las estrategias de afrontamiento enfocadas en emoción estaban asociadas con mejor supervivencia. Es decir, cuando las mujeres reportaban baja expresión emocional y bajo apoyo emocional experimentaban peor supervivencia (Reynolds et al., 2000).

En este estudio se encontró que en su mayoría las mujeres con cáncer de mama de subsistema conyugal funcional tuvieron como estrategia de afrontamiento apoyo social, seguido de reestructuración cognitiva. El apoyo social es una estrategia de afrontamiento adaptativa al igual que la reestructuración cognitiva. La primera busca el apoyo emocional en las personas cercanas, mientras que la segunda modifica el significado de la situación estresante para, como su nombre lo dice, adaptarse.

Desde hace más de veinte años se demostró la importancia del apoyo social en la salud con efectos de comportamiento y emocionales positivos en la salud (Valla, 1999), mismo que combinado con la reestructuración cognitiva fueron desarrollados por estas pacientes para afrontar la enfermedad.

Curiosamente, el grupo de pacientes de subsistema conyugal disfuncional la estrategia de afrontamiento predominante fue pensamiento desiderativo seguida de retirada social. Ambas son estrategias no adaptativas, en donde desean que su realidad sea diferente y se alejan de familiares y seres queridos. Es decir, mientras que las mujeres cuya vida en pareja es funcional desarrollan estrategias para adaptarse, las mujeres de subsistema conyugal disfuncional no desarrollan este apoyo para la adaptación, sino que desarrollan estrategias contrarias a las desarrolladas por pacientes con funcionalidad conyugal. Estas pacientes también mostraron que en su mayoría no presentaban muchas de las estrategias de afrontamiento, tales son: resolución de problemas con el 76.6% (49), apoyo social con 70.3% (45), reestructuración cognitiva con 62.5% (40), expresión emocional con 84.4% (54) y evitación de problemas con 79.7% (51). Estos resultados demuestran que la funcionalidad conyugal es vital para que las pacientes alcancen a desarrollar las estrategias de afrontamiento en general para la adaptación a su enfermedad y los cambios que trae consigo.

De igual manera se encontró que el tipo de tratamiento predominante fue cirugía y quimioterapia parental combinadas tanto en pacientes con y sin funcionalidad conyugal. Estos tratamientos son invasivos por lo que ocasionan efectos secundarios indeseables y estrés, tanto físico como emocional. Es decir, todas las pacientes encuestadas se encuentras bajo estrés físico y emocional, y presentan efectos secundarios indeseables de forma recurrente.

En cuanto a las características sociodemográficas, la edad promedio de las pacientes fue de 51.5 ± 9.08 años de edad similar a estudios previos (Vallejo, 2013), la mayoría fueron de religión católica en pacientes con y sin funcionalidad conyugal con estudios mayormente de licenciatura seguido de bachillerato para las pacientes con subsistema conyugal funcional y bachillerato seguido de licenciatura para las

pacientes sin funcionalidad conyugal. Por lo que se debe considerar que un número considerable de mujeres encuestadas son personas que tienen un grado de estudios universitarios.

En cuanto a ocupación, la mayoría son empleadas, tanto pacientes con funcionalidad conyugal (54.2%, 39) como pacientes sin funcionalidad conyugal (50%, 32) aunque cierto porcentaje es ama de casa (26.4% subsistema conyugal funcional y 32,8% subsistema conyugal disfuncional). Este resultado significa que poco más de la mitad son independientes económicamente hablando de sus parejas, no obstante, cierto porcentaje son dependientes.

IX. Conclusiones

En conclusión, la población general de pacientes con cáncer de mama de subsistema conyugal funcional y disfuncional en el HGR n.1 IMSS es casada, católica, con estudios de licenciatura y bachillerato, empleada, con tratamiento de cirugía y quimioterapia parental y cáncer localmente avanzado.

En este estudio se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna encontrado asociación entre la funcionalidad conyugal y casi todas las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en el HGR n.1 IMSS. Es decir, se encontró asociación entre funcionalidad conyugal y resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social y autocrítica. Mientras que se acepta la hipótesis alterna al no encontrar asociación entre funcionalidad conyugal y pensamiento desiderativo.

Estos resultados destacan la importancia de la funcionalidad conyugal junto con las estrategias de afrontamiento como un conjunto de apoyo fundamental para las pacientes con cáncer de mama. Las pacientes se encuentran en un momento susceptible de sus vidas por la serie de cambios necesarios que incluyen los efectos secundarios del tratamiento como cansancio, vómito, inapetencia, etc. Y el apoyo de pareja, así como la forma de desviar el estrés es esencial para su recuperación.

X. Propuestas

Los resultados obtenidos resaltan la importancia de la participación del área de psicología en los pacientes con cáncer, sin embargo, el tratamiento debe incluir también a la pareja de la paciente a fin de que sea completo.

Un programa de apoyo con psicología para los familiares puede ser de enorme ayuda como complemento del tratamiento, así como terapia de pareja. Esto mejoraría enormemente los resultados obtenidos del tratamiento, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes y así disminuir en gastos de tratamientos alargados y acortando el tiempo de enfermedad. De esta manera las pacientes vuelvan a ser funcionales en la sociedad, así como en sus trabajos. Los beneficios del tratamiento psicológico son bien conocidos, por lo que añadir esta área a todos los hospitales que tratan pacientes con cáncer beneficiaría enormemente a los pacientes, potenciando los resultados benéficos y disminuyendo gastos para las instituciones.

Con respecto al área administrativa, de acuerdo a los resultados obtenidos, se propone que se faciliten los trámites, así como los procesos administrativos para dar atención psicológica a pacientes y familiares. En cuanto al área educativa pueden organizarse clases especiales para cónyuges y familiares de las pacientes explicándoles la importancia del acompañamiento y el por qué deben dárselo en el tiempo que permanezcan enfermas, así como conocimiento clases generales sobre el cáncer de mama. El área asistencial puede coadyuvar en envíos a interconsultas a terapias psicológicas. Y en relación a investigación puede ampliarse este trabajo al evaluar también a los cónyuges y a la familia en cuanto al proceso por el que también están pasando, a fin de recabar información sobre lo que ellos viven y cómo lo afrontan. De igual manera, los resultados de esta propuesta de investigación pueden ser utilizados para que se solucionen los posibles problemas que tengan y puedan ser de apoyo completo a su familiar enfermo.

XI. Bibliografía

Aapro, M., y Cull, A. (1999). Depression in breast cancer patients: the need for treatment. Annals of Oncology, 10(6), 627-636.

Acosta-Zapata E., López-Ramón C., Martínez-Cortés M.E., Zapata-Vázquez R. (2017) Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Horiz sanit [Internet];16(2):139. Available from: http://dx.doi.org/10.19136/hs.a16n2.1629.

Akram M., Iqbal M., Daniyal M., Khan A.U. (2017) Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res. 50(1):1-23.

Alemán C.R.R. (2020) Relación de la funcionalidad del subsistema conyugal y el nivel de conocimiento de la pareja con diabetes mellitus en el control de su enfermedad. Medicina general y de familia. 9(1).

Alonso-Castillo M.M. (2017) Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Salud y Drogas; 17(1).

Arceo-Martínez M.T., López-Meza J.E., Ochoa-Zarzosa A., Palomera-Sanchez Z. (2021) Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. Gac. mex. oncol. [revista en la Internet]. [citado 2022 Feb] ;20 (3): 101-110. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2021000300101&lng=es. Epub 13-Dic-2021. https://doi.org/10.24875/j.gamo.21000134.

Arias-Castillo L. (2008) Capítulo 1: Principios de medicina y salud familiar. In Palacios AP, editor. Fundamentos en salud familiar. Colombi: ASCOFAME; p. 17.

Banegas M.P., Leng M., Graubard B.I., Morales L.S. (2013) The risk of developing invasive breast cancer in Hispanic women: a look across Hispanic subgroups. Cancer. 119(7):1373-80

Barbado-Alonso J., Aizpiri-Diaz J. (2004) Individuo y familia. SEMG. (61):84-94.

Brandan M.E., Villaseñor, Y. (2006) Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. Cancerología. 1(3):147-62.

Cancer Today [Internet]. Global Cancer Observatory (2018) [fecha de acceso:3 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&

Cárdenas-Sánchez J., Erazo Valle-Solís A.A., Arce-Salinas C., Bargalló-Rocha J.E., Bautista-Piña V., Cervantes-Sánchez G., et al. (2019) Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Octava revisión. Colima 2019. Gac Mex Oncol.18(3):141-231.

Carro R.L.A. (2008) Enfoques de estudio de la familia: sociológico, antropológico, económico, psicológico, sistémico, psicoanalítico, médico-familiar. In Iniestra RC, editor. Medicina Familiar. México, D.F.: Corporativo Intermédica, S.A. de C.V. p. 59-60.

Chávez A.V. (1994) Disfunciones familiares del subsistema conyugal, criterios para su evaluación. Rev. Med IMSS (MEX); 32.

Chávez A.V. (1994) La disfunción familiar un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. Méd. IMSS (Méx.); 32:271

Connor A.E., Baumgartner K.B., Baumgartner R.N., Pinkston C.M., Boone S.D., John E.M., et al. (2016) Cigarette smoking and breast cancer risk in Hispanic and Non-Hispanic white women: The Breast Cancer Health Disparities Study. J Womens Health (Larchmt). 25(3):299-310.

Coria A.E.I. (2006) La familia en México: elementos demográficos. In Coria AEI. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. México, D.F.: Medicina Familiar Mexicana. p. 39.

Crawford S., Alder R. (2020) Breast Cancer. Magill's Medical Guide.

Dai X., Li T., Bai Z., Yang Y., Liu X., Zhan J., et al. (2015) Breast cancer intrinsic subtype classification, clinical use and future trends. Am J Cancer Res. 5(10):2929-43.

Delfín-Ruiz C. (2020) Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. Revista de Ciencias Sociales. 16(2).

Doria S.C.R., Jiménez N.N.V., Montes J.E.O., Doria S.C.R., Jiménez N.N.V., Montes J.E.O. (2020) Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. Anales de Psicología. 36(1):46-55.

Elsheshtawy, E. A., Abo-Elez, W. F., Ashour, H. S., Farouk, O., & zaafarany, M. I. E. E. (2014). Coping strategies in Egyptian ladies with breast cancer. Breast cancer: basic and clinical research, 8, BCBCR-S14755.

Espinal I., Gimeno A., y González F. (2017) El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Universidad Autónoma de Santo Domingo Republica Dominicana, pág. 1-14.

Exámenes de detección del cáncer de seno (mama) (PDQ®)–Versión para pacientes [Internet]. National Institute Cancer (2020) [fecha de acceso:10 de febrero de 2020]. Disponible en:https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/deteccion-seno-pdq

Farías Á.D.R. (2022) Funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes durante la pandemia por COVID-19. PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes. 1(1).

Flórez-Garay A. (2018) El afrontamiento y la familia como factores protectores y terapéuticos en la adherencia al tratamiento de pacientes con cáncer de mama. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 37(5).

Fragoso-Ontiveros V., Velázquez-Aragón J.A., Nuñez-Martínez P.M., Mejía-Aguayo M.L., Vidal-Millán S., Pedroza-Torres A., et al. (2019) Mexican BRCA1 founder mutation: Shortening the gap in genetic assessment for hereditary breast and ovarian cancer patients. PLoS One.14(9):e0222709.

González J.L.H. (2005) La familia como unidad de estudio. In Velasco DJA, editor. La familia en el proceso de salud-enfermedad. México, D.F.: Alfil, p. 12-16.

Hanahan D., Weinberg R.A. (2011) Hallmarks of cancer: the next generation. Cell. 144(5):646-74.

Hao, X., Wang, X., Xia, J., & Shao, Y. (2010). Marital quality and social support status of the patients with breast cancer during the period of chemotherapy. Journal of China Medical University, 39(1), 40-43.

Harbeck N., Gnant M. (2017) Breast cancer. Lancet. 389:1134-50.

Henao-Castaño Á.M., Osorio-Murillo O., Parra-González L.M., Henao-Castaño Á.M., Osorio-Murillo O., Parra-González L.M. (2017) Afrontamiento y adaptación de mujeres con cáncer de mama. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. [citado 10 de enero de 2022];33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192017000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Hernández-Álvarez C., Romo-Aguirre C., Ortiz-de Iturbide C. (2017) Cáncer de mama triple negativo: frecuencia y características en el Hospital Ángeles Pedregal. Acta Médica Grupo Ángeles.15(4):269-74.

Hernández N. (2020) Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos. Psicología y Salud. 30(2).

Información Estadística Cáncer de Mama [Internet]. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2020) [cited 22 November 2022]. Available from: https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama.

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2019). Cáncer de mama, una prioridad para la salud de las mexicanas. https://www.insp.mx/avisos/5090-octubre-cancer-mama-19.html

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2022) Epidemiología del cáncer de mama. https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014

Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. (2013) Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. Iran J Nurs Midwifery Res. 18(2):105-11.

Lee Y.J., Won A.J., Lee J., Jung J.H., Yoon S., Lee B.M., et al. (2012) Molecular mechanism of SAHA on regulation of autophagic cell death in tamoxifen-resistant MCF-7 breast cancer cells. Int J Med Sci.9(10):881-93.

Leehy K., Truong T., Mauro L., Lange C. (2018) Progesterone receptors (PR) mediate STAT actions:PR and prolactin receptor signaling crosstalk in breast cancer models. J Steroid Biochem Mol Biol.176(3):88-93.

Lumachi F., Santeufemia D., Basso S. (2015) Current medical treatment of estrogen receptor-positive breast cancer. World J Biol Chem. 6(3):231-9.

Laboratorios de Genómica Médica [Internet]; 2020 [fecha de acceso:10 de febrero de 2020]. Prueba BCRA1/2 (C8838) para cáncer de mama y ovario. Disponible en:https://www.genomicamedica.com/cancer-hereditario/cancer-mama-brca1-2.

Lazarus R.S., Folkman S. (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York, NY: Springer Publishing.

Lazarus R.S. (1986) Coping Strategies. En: McHugh S, Vallis TM (eds.). Illness behavior. A multidisciplinary model. New York: Plenum Press; 303-308.

Leñero L. (1976) Etapa constitutiva de la familia En: La familia México: Ed. ANUIS:97-107.

Maffuz-Aziz A., Labastida-Almendaro S., Espejo-Fonseca A., Rodríguez-Cuevas S. (2017) Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. Cir Cir. 85(3):201-7.

Martin-Lull D., Zanier J., García F. (2003) Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. Psico- USF. 8 (2): 175-182.

Matus-Santos J., Arce-Salinas C., Flores-Diaz D., Reynoso-Noveron N. (2015) Actualidades del tratamiento del cáncer de mama metastásico HER2-positivo. Revista mexicana de mastología. 5(1):18-22.

Mohar A., Reynoso N., Villareal-Garza C., Bargallo Rocha J. (2020) Cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. Revista Mexicana de Mastología. 5(1):6-11.

Montiel-Castillo V.E., Álvarez-Reyes O.L., Guerra-Morales V.M. (2016) Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Medicentro Electrónica. 20(2):112-7.

Moreno-López S.L. (2014) Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. Gaceta Mexicana de Oncología; 12(1).

Oliveira N.C.S., Gomig T.H.B., Milioli H.H., Cordeiro F., Costa G.G., Urban C.A., et al. (2016) Comparative proteomic analysis of ductal and lobular invasive breast carcinoma. Genet Mol Res.15(2):1-10.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) Cáncer de mama. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

Osorio-Bazar N., Bello-Hernández C, Vega-Bazar L. (2020) Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jun [citado 2022 Feb 25] ; 36(2): e1147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200009&lng=es. Epub 01-Jul-2020.

Parise C.A., Caggiano V. (2014) Breast cancer survival defined by the ER/PR/HER2 subtypes and a surrogate classification according to tumor grade and immunohistochemical biomarkers. J Cancer Epidemiol.; 2014:469251.

Pérez P., Gónzalez A., Mieles I., Uribe A. (2017) Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. Pensamiento Psicológico.15(2).

Pruebas de Cáncer de Mama Hereditario [Internet]. Instituto Nacional de Medicina Genómica 2020 [fecha de acceso:10 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.serviciosgenomicos.com/brca2.html

Quintanilla G. (2016) UNAM Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales. [Online] [cited 2022 Febrero 17. Available from: https://repositorio.unam.mx/contenidos/impacto-tras-el-diagnostico-de-cancer-de-mama-en-la-funcionalidad-del-subsistema-conyugal-en-la-umf-5-del-imss-117998?c=BxRv9A&d=false&q=*:*&i=3&v=1&t=search_0&as=0.

Reynolds P., Hurley S., Torres M., Jackson J., Boyd P., Chen V. (2000) Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. American Journal of Epidemiology. 152(10), 940–949.

Rojas-May G. (2006) Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev Méd Clín Condes.17(4):194-197.

Secretaría de Salud. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud.

Sepulveda C. (2014) World Health Organization position paper on mammography screening. 1st ed. Geneva, Switzerland: WHO.

Stefanie O.S. (2012) Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Rev enferm Herediana; 5(2).

Su, J. A., Yeh, D. C., Chang, C. C., Lin, T. C., Lai, C. H., Hu, P. Y., ... & Gossop, M. (2017). Depression and family support in breast cancer patients. Neuropsychiatric disease and treatment, 2389-2396.

Tous-Pallarés J. (2022) CSI-SF: Propiedades psicométricas de la versión española del inventario breve de estrategias de afrontamiento. Anales de psicología. 38(1).

Valla, V. V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saúde Pública, 15(2), 7-14.

Vallejo CE. (2013) UNAM Direccion General de Bibliotecas Tesis Digitales. [Online] [cited 2022 Febrero 17. Available from: https://repositorio.unam.mx/contenidos/funcionalidad-del-subsistema-conyugal-y-depresion-en-pacientes-con-cancer-de-mama-en-umf-no-6-114691?c=BxlqO6&d=false&q=*:*&i=7&v=1&t=search_0&as=0.

Van Maaren M., de Munck L., de Bock G., Jobsen J., van Dalen T., Linn S. et al. (2020) 10 year survival after breast-conserving surgery plus radiotherapy compared with mastectomy in early breast cancer in the Netherlands: a population-based study.

Van Seijen M., Lips E.H., Thompson A.M., Nik-Zainal S., Futreal A., Hwang E.S., et al. (2019) Ductal carcinoma in situ:to treat or not to treat, that is the question. Br J Cancer.121:285-92.

Vásquez N.S.M. (2015) Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología. 8(2).

Villarreal-Garza C. Águila C., Platas A., Lara-Guerra H. (2014) Cáncer de mama en mujeres jóvenes en México: Necesidades y retos clínicos. Rev Invest Clin. 66(6):547-58.

Villarreal-Garza C., Álvarez-Gómez R.M., Pérez-Plasencia C., Herrera L.A., Herzog J., Castillo D., et al. (2015) Significant clinical impact of recurrent BRCA1 and BRCA2 mutations in Mexico. Cancer. 121(3):372-8.

Villarreal-Zegarra D. (2017) Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. Propósitos y Representaciones. 5(2).

Watzlawick P. (1981) Algunos axiomas exploratorios de la comunicación. En: Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Ed Herdert; 49-72.

WHO Americas region (PAHO) [Internet]. (2020) [cited 20 November 2020]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/992-who-americas-region-paho-fact-sheets.pdf

Yates J.W. (2010) Evaluation of patients with Advanced Cancer Using the Karnofsky Performance Status. Cancer; 45:2220- 2275.

Ziv E. (2011) Genetics of breast cancer:Applications to the Mexican population. Salud Publ Mex. 53(5):415-9.

XII. Anexos

XII.1 Carta de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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:	**"RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL HGR N°1 IMSS"**
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro
Número de registro:	X
Justificación y objetivo del estudio:	El cáncer de mama es una enfermedad que al diagnosticarse produce un gran impacto en la familia, por ello es necesario conocer la relación de la funcionalidad conyugal y las estrategias de afrontamiento que incluyen (Resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social, pensamiento desiderativo) en pacientes con cáncer de mama.
Procedimientos:	Si usted está de acuerdo, su participación en este estudio consiste en responder dos instrumentos de evaluación, el primero identificará el grado funcionalidad que usted percibe en su relación de pareja, el segundo dará a conocer el tipo de afrontamiento que usted presenta ante su padecimiento (cáncer de mama). Así como proporcionar datos de identificación como edad, religión, escolaridad, ocupación. El tiempo de aplicación de los instrumentos es de aproximadamente 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Al contestar los cuestionarios, que tomará aproximadamente 15 minutos, puede presentar dificultad para la lectura y comprensión de los instrumentos de evaluación, así como perdida sentida del tiempo; también podría manifestar emociones ya que algunas preguntas del instrumento hacen referencia a un nivel íntimo en su relación de pareja, por lo que se estará al pendiente de lo que la paciente pueda necesitar en ese momento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Posterior a responder los instrumentos de evaluación se le dará a conocer su resultado y se identificará el grado funcionalidad conyugal que usted percibe en su relación. En caso de que usted obtenga resultados desfavorables se enviará al servicio de psicología de la unidad médica que le corresponda donde se le brindarán estrategias que le ayuden a mejorar en cada una de las esferas que evalúa la escala Chávez-Velasco del subsistema conyugal.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Después de dar a conocer los resultados, si usted está de acuerdo estos resultados se pueden compartir con su pareja e invitar a que ambos acudan a una consulta al servicio de psicología donde se le brindarán estrategias de mejora para su relación de pareja; así como sugerencias para establecer mejoras en el tipo de afrontamiento en relación a su enfermedad.
Participación o retiro:	Usted es libre de retirarse del estudio en el momento en que lo desee, no habrá ninguna repercusión en el proceso de atención médica en la unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información proporcionada será de uso confidencial, los datos de su identidad permanecerán anónimos, solo se utilizarán folios para la identificación y será el investigador principal el único que tendrá acceso a los datos para uso exclusivo de la investigación.

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):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	En caso de que usted obtenga resultados desfavorables se enviará al servicio de psicología de la unidad médica que le corresponda donde se le brindarán estrategias que le ayuden a mejorar en cada una de las esferas que evalúa la escala Chávez-Velasco del subsistema conyugal.

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

Investigador Responsable:	Dra. Ilse Hernández Herrera Residente de Medicina Familiar de Segundo Año Unidad Sede: UMF 16 Matricula: 98233875 Celular: 7821845350 Correo Electrónico: ilseep_@live.com.mx	Colaboradores:	Directora de Tesis: Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal Especialista en Medicina Familiar Coordinadora Clínica de Educación e Investigación Unidad de adscripción: UMF 13 Matricula: 99230756 Directora clínica de tesis Celular: 442 446 9796 Correo electrónico: Susana.gallardo@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones, dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional N° 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 horas, al teléfono 4422112327 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com.

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científico

XII.2 Hoja de recolección de datos

Hoja de recolección de datos

Relación de la funcionalidad conyugal y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en el HGRN°1 IMSS

Nombre	Folio
_____	_____

Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Religión
_____	1. No cursó nivel educativo 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado	1. Casada 2. Unión Libre	1. Ama de casa 2. Empleada 3. Obrera 4. Comerciante 5. Otros	1. Católica 2. Cristiana 3.Testigo de Jehová 4. Ateo 5. Otra

Funcionalidad Conyugal

1) Si
2) No

Estrategias de afrontamiento

Resolución de problemas	Apoyo Social	Reestructuración cognitiva	Expresión emocional
1) Si 2) No	1) Si 2) No	1) Si 2) No	1) Si 2) No
Evitación de problemas	**Retirada social**	**Pensamiento desiderativo**	**Autocritica**
1) Si 2) No	1) Si 2) No	1) Si 2) No	1) Si 2) No

XII.3 Instrumentos

XII.3.1 Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal (Escala de Chávez-Velasco)

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar e investigar el subsistema conyugal en las pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama.
INSTRUCCIONES: lea cuidadosamente y responda todos los enunciados según el grado de satisfacción de cada pregunta marcando con una X la calificación asignada por usted.
Conteste:
0= Poca satisfacción (NUNCA)
5= Moderada satisfacción (OCASIONAL)
10= Gran satisfacción (SIEMPRE)

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN	**0**	**5**	**10**
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente			
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia			
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica			
II. FUNCIÓN DE ADJUDICACIÓN DE ROLES	**0**	**2.5**	**5**
a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican			
b) Son satisfactorios los roles que asumen la pareja			
c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja			
III. FUNCIÓN DE SATISFACCIÓN SEXUAL	**0**	**5**	**10**
a) Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales			
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual			
IV. FUNCIÓN DE AFECTO	**0**	**2.5**	**5**
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja			
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante			
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja			
d) Perciben que son queridos por su pareja			
V. FUNCIÓN DE TOMA DE DECISIONES	**0**	**7.5**	**15**
a) La toma de decisiones importantes para la pareja se toma conjuntamente			
TOTAL			

RESULTADOS:

1. FUNCIONAL (0 – 50 puntos)
2. DISFUNCIONAL (51 – 100 puntos)

XII.3.2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y como estas se enfrentan a estos problemas. Describa ¿cómo se sintió al dársele el diagnóstico de cáncer de mama, que ocurrió? No se preocupe por si está peor o mejor escrito o mejor o peor organizado, solo escríbala tal y como se le ocurra.

De nuevo piense en la situación anterior, responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejo usted esa situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación redactada anteriormente marcando el número que corresponda.

0= en absoluto 1= un poco 2=Bastante 3=Mucho 4=Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca solo un numero en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luche para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpe a mi mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir el sentimiento para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Desee que la situacion nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontre a alguien que escucho mi problema	0	1	2	3	4
6	Repase el problema una y otra vez	0	1	2	3	4
7	No deje que me afectara; evite pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pase algun tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforce para resolver los problemas de la situacion	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta que era personalmente de mis dificultades y me lo reproche	0	1	2	3	4
11	Exprese mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Desee que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hable con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Trate de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evite estar con gente	0	1	2	3	
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critique por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje ir	0	1	2	3	4
20	Desee no encontrarme nunca mas en esa situacion	0	1	2	3	4
21	Deje que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quite importancia a la situación y no quise preocuparme mas	0	1	2	3	4
24	Oculte lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recrimine por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Deje desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Desee poder cambiar lo que había ocurrido	0	1	2	3	4
29	Pase algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporte como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No deje que nadie sintiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luche por lo que quería	0	1	2	3	4

34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imagine que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fije en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evite pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Trate de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
41	Me considere capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

XII.4 Registro SIRELCIS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 22 014 021**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073**

FECHA **Miércoles, 29 de junio de 2022**

Mtra. Lilia Susana Gallardo Vidal

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL HGR N°1 IMSS"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-2201-075

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

XII.5 Carta Antiplagio

DELEGACIÓN QUERÉTARO
Unidad De Medicina Familiar Nº 16
Coordinación Clínica de Educación e
Investigación en Salud

Querétaro, Qro., a 08 de enero del 2024.

Carta compromiso anti - plagio

Dr. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de la División de Investigación y Posgrado
FMUAQ
Presente:

Al margen de la Ley Federal del Derecho de Autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene por objeto la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como de los editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la (el) que suscribe ILSE HERNÁNDEZ HERRERA alumno (a) del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 302654, manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: "RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL HGR N°1 IMSS", en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: presentar un trabajo de otros autores como propio, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u obras sin realizar las referencias o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 0% según el programa "Duplichecker", disponible en https://www.duplichecker.com/es

Se anexa la evidencia.

Atentamente:

Ilse Hernández Herrera
Nombre y firma del alumno/a

Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal
Nombre y firma del director/a de tesis
Vo. Bo.

Dupli Checker

PLAGIARISM SCAN REPORT

0%
Plagiarised

100%
Unique

Date	2024-01-08
Words	929
Characters	5954

Dupli Checker

PLAGIARISM SCAN REPORT

0%
Plagiarised

100%
Unique

Date	2024-01-08
Words	968
Characters	6221

Dupli Checker

PLAGIARISM SCAN REPORT

0%
Plagiarised

100%
Unique

Date	2024-01-08
Words	928
Characters	6069

Dupli Checker

PLAGIARISM SCAN REPORT

0%
Plagiarised

100%
Unique

Date	2024-01-08
Words	973
Characters	6846