



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
POSTOPERADAS DE MASTECTOMIA**

Tesis

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

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

GUADALUPE GONZÁLEZ TERRAZAS

Dirigido por:

DRA. KARLA ELIZABETH MARGAIN PÉREZ

Querétaro, Qro. a Febrero 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Percepción de funcionalidad familiar en pacientes
postoperadas de mastectomía

por

Guadalupe González Terrazas

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-293424



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
POSTOPERADAS DE MASTECTOMIA”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Guadalupe González Terrazas

Dirigido por:

Karla Elizabeth Margain Pérez

M.C.E. Karla Elizabeth Margain Pérez

Presidente

Med. Esp. Karla Gabriela Romero Zamora

Secretario

M. C. E. Patricia Flores Bautista

Vocal

Dra. Verónica Campos Hernández

Suplente

Med. Esp. Rubén del Valle Cortés

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario, Febrero 2023.
México.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en el género femenino a nivel mundial. La mastectomía, sigue siendo un pilar importante en el tratamiento del cáncer de mama. La familia es un sistema abierto en el que cada uno de sus integrantes tiene funciones que cumplir y al hacerlo o no se habla de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. La aparición de enfermedad aguda, crónica o incluso terminal en cualquiera de los miembros de la familia es una crisis que altera, modifica e incluso pone en peligro el equilibrio de la familia misma. **Objetivo:** Identificar la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes postoperadas de mastectomía. **Material y métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo realizado con mujeres derechohabientes del IMSS con antecedente Cáncer de mama tratado con mastectomía a las que se aplicó el FF-SIL para valorar funcionalidad familiar. El tamaño de muestra se obtuvo con la calculadora Epi Info TM Companion for Android con un nivel de confianza del 95%, marco muestral de 146, una prevalencia de 46%, una p de 0.46, obteniéndose una n=106 pacientes. Se realizó un muestreo no probabilístico por cuota. Los datos obtenidos se organizaron en una base de datos de Excel, posteriormente se realizó su análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central con el apoyo del IBM SPSS Statistics. Este estudio se apegó a la declaración de Helsinki de 1964, la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la NOM-012-SSA3-2012. **Resultados:** Se identificó que la que la percepción de la funcionalidad con mayor prevalencia fue la moderadamente funcional con 65.46% (IC 95%; 57.1 – 72.9), con 91 pacientes, en las cuales la mediana de edad fue de 54 años (48 – 62), el 84.6% eran católicas, el 56.0% son amas de casa, el 33% estudiaron secundaria, el 73.6% son casadas y el 49.5% no padecía ninguna comorbilidad. **Conclusiones:** la percepción de la funcionalidad familiar en las pacientes postoperadas de mastectomía es predominantemente moderadamente funcional.

Palabras clave: *Cáncer de mama, mastectomía, funcionalidad familiar, FF-SIL*

Summary

Introduction: Breast cancer is the most common malignancy in the female gender worldwide. Mastectomy remains an important pillar in the treatment of breast cancer. The family is an open system in which each of its members has functions to fulfill and by doing so or not, there is talk of family functionality or dysfunction. The appearance of an acute, chronic or even terminal illness in any of the family members is a crisis that alters, modifies and even endangers the balance of the family itself. **Objective:** To identify the perception of family functionality in post-mastectomy patients. **Material and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study conducted with IMSS beneficiary women with a history of breast cancer treated with mastectomy to whom the FF-SIL was applied to assess family functionality. The sample size was obtained with the Epi Info TM Companion for Android calculator with a confidence level of 95%, a sampling frame of 146, a prevalence of 46%, a p of 0.46, obtaining n=106 patients. A non-probabilistic sampling was carried out by quota. The data obtained was organized in an Excel database, later its descriptive analysis was carried out using frequencies, percentages and measures of central tendency with the support of IBM SPSS Statistics. This study adhered to the Declaration of Helsinki of 1964, the Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud and NOM-012-SSA3-2012. **Results:** It was identified that the one with the perception of functionality with the highest prevalence was the moderately functional with 65.46% (IC 95%; 57.1 – 72.9) with 91 patients, in which the median age was 54 years (48 - 62), 84.6% were Catholic, the 56.0% are housewives, 33% studied high school, 73.6% are married and 49.5% did not suffer from any comorbidity. **Conclusions:** the perception of family functionality in post-mastectomy patients is predominantly moderately functional.

Keywords: *Breast cancer, Mastectomy, family functionality, FF-SIL*

Dedicatorias

A mi mamá, Patricia. A ti que me diste la vida, porque durante 30 años has dedicado tu vida entera a procurar mi bienestar, a brindarme las herramientas necesarias para afrontar la vida y lo indispensable para mi formación académica. Quién me regañaba y me abrazaba cada que era necesario, y sobre todo no permitía que tomara malas decisiones, pero me daba la libertad necesaria para desenvolverme y lograr mis metas. A ti que, sin importar la tristeza, la preocupación ni la distancia siempre me has apoyado en todas mis locas decisiones. Siempre serás mi mejor ejemplo de que con esfuerzo, dedicación y amor se puede lograr todo. A ti mamá que me escuchabas al teléfono cada que sentía que no podía más, que me impulsabas a levantarme de cada uno de mis tropiezos y ser la mejor versión de mí misma. Esta tesis es para ti, porque sin ti no hubiera sido posible.

A mi hermana, Patricia, una de las personas más resilientes que he conocido. Quien me ha demostrado su fortaleza, quien cada día me enseña el significado de la perseverancia y que si es necesario se puede luchar hasta con uno mismo para vencer los obstáculos que la vida presenta. Gracias por cada uno de tus abrazos, por cada una de las veces que me dijiste lo excelente “Dotora” que soy y lo orgullosa que estás de mí. Y, sobre todo, gracias por darme una pequeña razón de existir, mi Santi.

A mi abuela, Evelia. Mi abuelita, mi segunda mamá, una de las personas que más feliz estuvo al saber que me dedicaría a la medicina. Sé que, aunque ya no te encuentras físicamente conmigo, estás orgullosa de mí.

Al Dr. Óscar, gracias por confiar en mí, por darme la oportunidad de darme mi primer trabajo, por abrirme las puertas de su clínica, de su casa y su familia. Un abrazo hasta el cielo Dr.

Agradecimientos

A mis Patys: mi mamá y mi hermana.

A mi familia en general, por todas sus palabras de aliento en cada visita.

A Carito, mi prima, quién a pesar de la distancia me ha demostrado su cariño y apoyo.

A mis amigos de toda la vida, por brindarme su cariño y amistad por la mitad de mi vida.

A todas las personas, compañeros y amigos, que conocí durante los 3 años de la residencia, quienes en pequeña o gran medida aportaron a esta gran aventura.

A la familia del Dr. Óscar, por abrirme las puertas de su casa y brindarme su confianza.

A la Dra. Vero quien me ayudó a organizar mis ideas al inicio de este camino.

A todos los Médicos con quienes realicé las distintas rotaciones en estos 3 años por compartirme parte de sus conocimientos.

A la UAQ y al IMSS por permitir que más personas como yo tengamos la oportunidad de cursar la especialidad médica en sus instalaciones.

A la vida, por ponerme justo en el momento y lugar indicados para llegar hasta aquí.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
III. Fundamentación teórica	6
III.1 Cáncer de mama	6
III.1.1 Epidemiología	6
III.1.2 Factores de riesgo	6
III.1.3 Clasificación	7
III.1.4 Diagnóstico	9
III.1.5 Tratamiento	11
III.2 Familia	14
III.2.1 Tipología familiar	16
III.2.2 Dinámica familiar	16
III.3 Funcionalidad familiar	19
III.4 Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar	21
III.4.1 Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)	22
IV. Hipótesis o supuestos	23
V. Objetivos	24
V.1 General	24
V.2 Específicos	24
VI. Material y métodos	25

VI.1 Tipo de investigación	25
VI.2 Población o unidad de análisis	25
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	25
VI.3.1 Criterios de selección	25
VI.3.2 Variables estudiadas	26
VI.4 Técnicas e instrumentos	26
VI.5 Procedimientos	27
VI.5.1 Análisis estadístico	28
VI.5.2 Consideraciones éticas	28
VII. Resultados	30
VIII. Discusión	37
IX. Conclusiones	40
X. Propuestas	41
XI. Bibliografía	43
XII. Anexos	48

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Percepción de funcionalidad familiar en pacientes postoperadas de mastectomía	32
VII. 2	Edad de la población	33
VII. 3	Características sociodemográficas de la población	34
VII. 4	Comorbilidades de la población	36

Abreviaturas y siglas

ADN	Ácido desoxirribonucleico
NCI	National Cancer Institute
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
FF-SIL	Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares
OMS	Organización mundial de la salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
NOM	Norma Oficial Mexicana
CNEGS	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud.
BI-RADS	Breast Imaging-Reporting and Data System
TNM	Tumor, Node, Metastasis
ASCO	American Society of Clinical Oncology
CONAPO	Consejo Nacional de Población
RAE	Real Academia Española
UMAA 1	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
SPSS	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
CADIMSS	Centros de Atención a la Diabetes IMSS

I. Introducción

El cáncer es el crecimiento acelerado y desorganizado de cualquier parte del cuerpo debido a errores durante el proceso de división celular originados por factores hereditarios o por daño en el ADN por factores ambientales. Este crecimiento celular anormal puede originarse en cualquier parte del cuerpo generando tumores sólidos. (NCI, 2015)

El cáncer de mama comienza con el crecimiento acelerado, anormal o descontrolado de las células localizadas en el epitelio de los conductos galactóforos o en las glándulas que producen la leche, motivo por el cual su presencia es más frecuente en las mujeres, sin embargo, existen tumores malignos de mama menos comunes, así que los hombres también tienen riesgo de desarrollarlo. (INEGI, 2021)

El cáncer de mama, sobre todo en pacientes femeninas, se ha convertido en la neoplasia más frecuente lo que la convierte en un problema de salud pública a nivel mundial debido a su cronicidad, altos costos en los servicios de salud y alto índice de mortalidad a nivel mundial. (GLOBOCAN, 2020).

Cada una de las pacientes con Cáncer de mama se enfrenta a un proceso largo y complejo a partir del diagnóstico de la enfermedad, independientemente del estadio en el que se encuentre. Uno de los pilares más importantes del tratamiento del cáncer de mama es el abordaje quirúrgico y un gran porcentaje de las pacientes suelen ser candidatas a cirugía conservadora o mastectomía. (Espinosa, 2018). Sin embargo, la mastectomía, al ser un procedimiento invasivo, tiene consecuencias en la mujer como depresión, ansiedad, insomnio, vergüenza, inseguridad, ideas de suicidio y sentimientos de minusvalía. (NCI, 2015)

El diagnóstico de cáncer de mama y su posterior tratamiento quirúrgico se convierten en una crisis paranormativa dentro de la familia lo que implica cambios

en las relaciones interpersonales del sistema familiar, en el subsistema conyugal y a nivel individual, además de cambios en los roles que cada integrante debe desempeñar, lo que en muchas ocasiones termina por alterar la funcionalidad familiar. (Lippman, 2015)

La disfuncionalidad de las relaciones dentro del sistema familiar durante el proceso de enfermedad puede ocasionar que las pacientes perciban una disminución del apoyo afectivo lo que implicaría a un mal apego al tratamiento y debido a que el cáncer de mama es una enfermedad crónico-degenerativa con alto índice de mortalidad en México, este mal apego al tratamiento podría contribuir al aumento de estas cifras.

Para la detección de la funcionalidad familiar se cuenta con múltiples cuestionarios y pruebas sin embargo se seleccionó la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) por considerarlo una prueba completa que no requiere mucho tiempo para ser contestada y que además cuenta con un nivel de validez confiable de acuerdo con sus desarrolladores. (Pérez et al., 1997)

Durante la revisión de la bibliografía se encontraron pocos estudios realizados en México relacionados con la funcionalidad familiar en pacientes postoperadas de mastectomía por lo que este estudio significaría una contribución más a la bibliografía encontrada y una referencia para futuros estudios.

Debido a que uno de los objetivos de la medicina familiar es proporcionar una atención integral a los pacientes y a sus familias. (Membrillo et al., 2008; OMS, 2021); la finalidad de detectar a aquellas que tengan familias disfuncionales o severamente disfuncionales es otorgar seguimiento, orientación médica, su canalización con el servicio correspondiente, de esta manera, mantener el equilibrio biopsicosocial de cada una de ellas y que la crisis paranormativa sea superada, lo que impactaría en un mejor apego al tratamiento y disminución del índice de mortalidad.

II. Antecedentes

El GLOBOCAN (2020) reportó 2 261 419 nuevos casos de cáncer de mama lo que representó un 11.7 % del total de casos nuevos por cáncer a nivel mundial. Mientras que en México reportó 29 929 nuevos casos de Cáncer de mama en México, lo que representó el 15.3% de todos los tipos de cáncer. De esta misma cifra el 100% se presentó en mujeres, con una mortalidad del 8.8%.

El INEGI (2021) reportó que el cáncer de mama sigue siendo la principal causa de morbilidad hospitalaria en la población mayor de 20 años. Mientras que en 2019 reportó que los estados con mayor número de casos nuevos de cáncer de mama fueron Morelos, Colima y Aguascalientes. En cuanto a la mortalidad, los estados con mayor tasa (22.36 a 26.71) fueron Chihuahua, Ciudad de México, Baja California y Baja California Sur, seguidos de los estados de Querétaro, Coahuila, Sinaloa, Sonora, Jalisco, Nuevo León, Aguascalientes, Tamaulipas y Nayarit.

La aparición de enfermedad ya sea aguda, crónica o incluso terminal en cualquiera de los miembros de la familia es una crisis que altera, modifica e incluso pone en peligro el equilibrio de la familia misma. Este tipo de situaciones ponen a prueba los procesos de adaptación de cada uno de los integrantes lo que al mismo tiempo puede provocar una alteración en su funcionalidad. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008; Anzures et al., 2013)

En cuanto al Cáncer de mama, al ser una patología relacionada con altos índices de mortalidad, aquellas mujeres que reciben este diagnóstico pueden llegar a experimentar una serie de sentimientos y emociones como tristeza, enojo, desesperanza, incertidumbre por el futuro, negatividad. Todas estas sensaciones pueden persistir no sólo al momento de recibir el diagnóstico de cáncer, si no también durante el tratamiento y la recuperación, e incluso pueden aumentar con el paso del tiempo lo que puede provocar un desequilibrio en la manera en cómo se relaciona con los demás miembros de su familia, en la percepción sobre su

cuerpo, su desarrollo profesional, su vida cotidiana lo que eventualmente tendrá un impacto en el nivel de funcionalidad dentro del sistema familiar. (Acosta et al., 2017; Cantorán y Carrillo, 2017; Miaja et al., 2017; López y López, 2018)

Se encontró que en los últimos cinco años se han realizado algunos trabajos de investigación relacionados con el cáncer de mama y su impacto en la funcionalidad familiar en población mexicana entre los que destacan los siguientes:

Cantorán y Carrillo (2016) en su estudio “Funcionalidad Familiar de Cuidadores Primarios en pacientes con cáncer de mama” utilizando la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) encontró que el 65% de los participantes tenían una familia moderadamente funcional, el 19% una familia funcional, el 14% una familia disfuncional y el 2% una familia severamente disfuncional.

Acosta et al. (2017) en su trabajo Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en el cual aplicaron la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) encontraron que, del total de su población, el 41.3% presentaba una familia funcional, el 46% tenía una familia moderadamente funcional, el 11.1% una familia disfuncional y finalmente el 1.6% tenía una familia severamente disfuncional.

López y López (2018) en la tesis Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas post mastectomía secundaria a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS Delegación Aguascalientes reportaron que el 46.67% de la población presentó una familia moderadamente funcional, el 33.33% una familia funcional, el 16.67% una familia disfuncional y por último el 3.33% una familia severamente disfuncional aplicando también la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL).

Pérez et al. (1997) desarrollaron y validaron en La Habana, Cuba el FF-SIL que es un instrumento de evaluación de la percepción de la funcionalidad familiar

desde la perspectiva de uno de sus miembros, este instrumento fue evaluado por un grupo de expertos quienes determinaron que en conjunto sí mide el funcionamiento familiar, con un coeficiente de confiabilidad de 0.94.

Rosales et al. (2017), para la validez del FF-SIL en México, realizaron un coeficiente de fiabilidad del instrumento en el que se demostraron un Alfa de Cronbach de 0.89.

Cassinda et al. (2016) realizaron la validez del mismo instrumento para la población de Angola obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.859, concluyendo que posee propiedades adecuadas para la evaluación de la funcionalidad familiar.

III. Fundamentación teórica

III.1 Cáncer de mama

III.1.1 Epidemiología

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en el género femenino a nivel mundial, según las estadísticas del 2018 se reportaron 2 088 849 nuevos casos de cáncer de mama en ambos sexos, de los cuales el 100% fueron en el género femenino con una mortalidad de 13% lo que representa la primera causa de muertes por cáncer a nivel mundial. En México, en 2018, se reportaron 27 283 nuevos casos y 6884 muertes por cáncer de mama en la población femenina. (GLOBOCAN, 2020)

III.1.2 Factores de riesgo

Existen numerosos factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, el más importante es el género ya que es más frecuente en mujeres que en hombres, el 20% de los casos tienen un factor hereditario, las mutaciones genéticas hereditarias más importantes son las relacionadas a los genes BRCA1 y BRCA2 las cuales corresponden al 10% de los casos, el riesgo aumenta con el número de familiares en primer grado afectados y sobre todo si el cáncer apareció a temprana edad. La edad media en el momento del diagnóstico es de 61 años en el caso de las mujeres de raza blanca, 56 años para mujeres hispanas y 46 años para mujeres afroamericanas. (Lester, 2015)

La incidencia aumenta a lo largo de la vida en tres etapas principales: la menarquia, el primer embarazo a término y la menopausia tardía. Las mujeres que experimentan la menarquia antes de los 11 años tienen un 20% más riesgo de desarrollar cáncer de mama. Se ha sugerido que durante el embarazo permite la diferenciación terminal de las células luminales productoras de leche y las elimina del conjunto de células precursoras del cáncer, por esta razón las mujeres

nulíparas o con el primer embarazo después de los 35 años tienen mayor riesgo. (Espinosa, 2018)

El tratamiento hormonal sustitutivo, postmenopáusico aumenta el riesgo entre 1.2 y 1.7 veces. La densidad mamaria alta puede tener relación con el riesgo de desarrollar cáncer debido a que hay una involución menos completa de los lobulillos al final de cada ciclo menstrual, lo que puede aumentar el número de células potencialmente susceptibles a la transformación maligna. (Lester, 2015; Espinosa, 2018)

Proliferaciones benignas como la hiperplasia ductal aumentan el riesgo en 1.5 – 2 veces, la atipia ductal o la hiperplasia lobular 4 -5 veces. Y por último factores ambientales como la exposición a radiación, específicamente la radiación en torax.6 Otros factores de riesgo son el consumo moderado o alto de alcohol, el consumo de tabaco por mastitis periductal, obesidad en la postmenopausia debido al aumento de síntesis de estrógenos en el tejido adiposo, la lactancia materna disminuye el riesgo por la supresión de ovulación y desencadenación de diferenciación terminal de las células luminales. (Lester, 2015)

III.1.3 Clasificación

Más del 95% de las neoplasias malignas mamarias son adenocarcinomas y según la afección o no de la membrana basal, se clasifican en no invasivos o *in situ* (proliferación limitada a los conductos y lobulillos), e invasivos que ya han infiltrado el estroma a través de la membrana basal el cual puede invadir sitios distantes a través de la vascularización y ganglios linfáticos. (Lester, 2015)

Tumores no invasivos *in situ*

Carcinoma ductal *in situ* (CDIS): es una proliferación de células epiteliales limitada a los conductos y lobulillos por la membrana basal. Pueden diseminarse por todo el sistema ductal y afectar todo un sector de la mama. Casi siempre se

detecta con una mamografía. La mayoría se detecta como resultado de calcificaciones asociadas a secreción o necrosis, y en menor frecuencia como una masa apenas palpable. Se subdivide en comedoniano, no comedoniano y Enfermedad de Paget. (Lester, 2015; Espinosa, 2018)

Carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS): es una proliferación clonal de células dentro de los conductos y lobulillos con escasa cohesión entre ellas debido a una pérdida de la proteína de adhesión cadherina E, supresora de tumores. Suelen ser un hallazgo casual de biopsia. Se considera un factor de riesgo de carcinoma invasivo. Suelen ser bilaterales y multicéntricos. (Lester, 2015; Espinosa, 2018)

Carcinoma invasivo o infiltrante

Es aquel que invade más allá de la membrana basal y se introduce en el estroma mamario que se presenta casi siempre como una masa palpable, desde donde puede llegar a invadir vasos sanguíneos y ganglios linfáticos, tanto regionales como a distancia. Se subdividen en varios grupos de acuerdo con sus características moleculares y morfológicas: lobulillar, mucinoso (coloide), tubular, papilar, micropapilar, secretor e inflamatorio. (Lester, 2015)

De acuerdo con el grado de malignidad se clasifican con el índice histológico de Notinham: grado I bien diferenciados, grado II moderadamente diferenciados y grado III mal diferenciados. (Lester, 2015)

Otra forma de clasificar el carcinoma de mama es con base en sus características moleculares, mediante la utilización de la inmunohistoquímica, la cual permite detectar proteínas en las células, categorizándolos según la expresión de receptores de estrógenos, progesterona y de los receptores HER2 (factor de crecimiento epidérmico) en: Positivo para RE, negativo para HER2 (luminal). Es el más frecuente. Se subdivide de acuerdo con su proliferación en Positivo para RE, negativo para HER2 con escasa proliferación y en Positivo para RE, negativo para HER2 con alta proliferación, Positivos para HER2 y, por último,

Negativo para RE y HER2 (basal). Más frecuentes en jóvenes premenopáusicas. (Lester, 2015; Muñoz, 2016; Espinosa, 2018)

III.1.4 Diagnóstico

En estadios tempranos generalmente no hay datos clínicos, sin embargo, pueden aparecer algunos signos o síntomas como tumoración palpable de consistencia dura, no móvil, adherida a planos profundos, de bordes mal definidos, no doloroso; cambios cutáneos como edema en la piel (piel de naranja), retracción cutánea, ulceración, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento médico; cambios en el pezón como retracción, ulceración, descamación o presencia de telorrea; presencia de adenopatías en región axilar y región supraclavicular. (NOM, 2011; CNEGS, 2017)

Autoexploración mamaria

Aunque en la mayoría de los casos el cáncer de mama no tiene signos ni síntomas característicos, es frecuente que los pacientes se descubran una tumoración durante la autoexploración. La autoexploración es una técnica recomendada para que la mujer conozca la forma y textura de las mamas a través de la observación y la palpación para reconocer cualquier anomalía. Debe ser realizada al menos una vez al mes entre el 5° y el 7° día después de la menstruación a partir de los 25 años, y en el caso de las mujeres posmenopáusicas o con histerectomía el primer día del mes. (NOM, 2011; IMSS, 2020 a)

Exploración médica o clínica

La exploración clínica debe ser realizada por personal médico o de enfermería capacitado, ésta se basa en la inspección y palpación de ambas glándulas mamarias, región axilar y supraclavicular con la intención de detectar cambios cutáneos, secreción o la presencia de tumoraciones. En mujeres mayores

de 20 años se recomienda realizar un examen clínico de mama cada 1 a 3 años y en mayores de 40 años de manera anual. (CNEGS, 2017; IMSS, 2020 a)

Mastografía

La mastografía sigue siendo el método de elección para detección oportuna y clasificación del cáncer de mama. La mastografía se divide en mastografía de tamizaje o escrutinio (para las pacientes asintomáticas), y mastografía diagnóstica, (para pacientes que presentan sintomatología como lesión palpable, cambios en la coloración, temperatura o textura de la piel, historia reciente de cáncer mamario o mastografía de tamizaje anormal). (Ortiz y Carrasco, 2016). Se recomienda realizar la mastografía en mujeres asintomáticas, mayores de 40 años cada 2 años y cada año en mujeres de 50 a 74 años. No se recomienda su realización de manera habitual en mujeres menores de 30 años, sin embargo, se debe realizar en aquellas con factores de riesgo o alta sospecha de cáncer de mama a partir de los 30 años. (CNEGS, 2017).

Para la clasificación de las lesiones mamarias encontradas en la mastografía se utiliza el Breast Imaging Report and Database System o BI-RADS, la cual en 2014 tuvo su última modificación en la cual se amplió la terminología para mastografía, ecografía y resonancia magnética.¹²

Ultrasonido

En pacientes con alta densidad del tejido mamario la sensibilidad de la mastografía puede disminuir hasta un 30%, es por ello por lo que, cuando los resultados de una mastografía no son concluyentes, se recomienda el empleo de otros métodos de imagen complementarios como el ultrasonido. Este se recomienda entonces para el diagnóstico en mujeres jóvenes, mujeres embarazadas o en mujeres con estadificación BI-RADS 0 no concluyente. Además, se puede utilizar en la diferenciación de masas quísticas de masas

sólidas, así como guía para la toma de biopsias de lesiones no palpables. (Ortiz y Carrasco, 2016; CNEGS, 2017).

Resonancia magnética

La resonancia magnética de mama se emplea específicamente en las pacientes de alto riesgo, sobre todo en aquellas mujeres con mutaciones en los genes BRCA-1 o BRCA-2, o aquellas con un miembro de la familia que es portador documentado, pero no diagnosticado. También se emplea para la búsqueda intencionada de tumores ocultos en axila, para detección en mujeres con prótesis mamarias, en evaluación de respuesta a tratamiento sistémico y en la evaluación de lesiones residuales. Tiene una sensibilidad diagnóstica de 90-100% y una especificidad de 37-100%. (Fernández, 2017)

Biopsia

El diagnóstico histopatológico se obtiene mediante una biopsia del tumor primario preferiblemente por medio de procedimientos no quirúrgicos de invasión mínima que permitan un diagnóstico definitivo para el inicio oportuno del tratamiento. El abordaje de elección es la biopsia mediante la aguja de corte (tru cut) que tiene una exactitud de aproximadamente 99%, tanto para lesiones palpables como no palpables. Los resultados obtenidos de la biopsia se clasifican de acuerdo con el TNM establecido por el American Joint Committee on Cancer y el Union for International Breast Cancer Support. (CNEGS, 2017).

III.1.5 Tratamiento

El tratamiento dependerá de la etapa clínica, el reporte histopatológico, las condiciones generales de la paciente, el estado hormonal, y sobre todo la decisión de la paciente misma de acuerdo con sus condiciones socioculturales y su estado emocional. Los métodos incluidos en el tratamiento del cáncer de mama son:

cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y biológicos. (CNEGSR, 2017).

Cirugía

La cirugía sigue siendo un pilar importante en el tratamiento del cáncer de mama. Dentro de las opciones del tratamiento quirúrgico existe la cirugía conservadora, la mastectomía total con o sin reconstrucción inmediata y la cirugía oncoplástica. Sin embargo, actualmente se prefiere la cirugía conservadora por sobre la cirugía radical, siempre considerando las características de cada paciente y del tipo histológico de cáncer. (Vázquez, 2016; Cárdenas et al, 2019)

Cirugía conservadora

En etapas tempranas se utiliza la cirugía conservadora como tratamiento, la cual debe complementarse con radioterapia adyuvante, esta consiste en la resección del tumor con un margen negativo de 2 cm de tejido sano lo que permite la conservación de la mayor parte de la mama. Se prefiere en quienes se pueda obtener un resultado estético, en pacientes que así lo solicite. No obstante, hay pacientes en quienes no es posible realizar una terapia conservadora como aquellas que cursan con un carcinoma inflamatorio o en quienes no se puedan obtener márgenes negativos. (Cárdenas et al, 2019; ASCO, 2020)

La pieza obtenida de este procedimiento deberá ser evaluada por patología debido a que al no obtener márgenes quirúrgicos libres de tumor se deberá realizar una re-excisión o cambiar a una mastectomía. (Cárdenas et al, 2019)

Tratamiento adyuvante

En las pacientes que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico conservador se recomienda proporcionar radioterapia con la finalidad de reducir de un 20 a un 25% las probabilidades de recurrencia, las opciones son: radioterapia a la mama y zonas ganglionares, de acuerdo con hallazgos histopatológicos,

hipofraccionamiento, incremento del lecho tumoral y radioterapia parcial de la mama. El tiempo a recibir tratamiento adyuvante es de 8 semanas a 12, mientras que con quimioterapia con 24 semanas. Este tipo de procedimiento permite también la reducción de estancia intrahospitalaria. (NCI, 2020 b)

Mastectomía

La mastectomía es el procedimiento quirúrgico en el que se extirpa toda la mama en pacientes en las que no es posible realizar una cirugía conservadora (carcinoma inflamatorio, imposibilidad de recibir radioterapia adyuvante y de obtener márgenes negativos) y también cuando la paciente así lo desee. Ésta puede ser simple o total, radical, preservadora de piel y preservadora de complejo areola-pezón. (Cárdenas et al, 2019; Cardoso, 2019) Durante mucho tiempo fue el tratamiento de elección, sin embargo, con los estudios realizados contra la cirugía conservadora, se ha demostrado que la mayoría de las pacientes es candidata a esta segunda opción ya que el pronóstico y la sobrevida es igual en ambos tratamientos. (Pérez et al., 2018)

Se recomienda que las pacientes sometidas a tratamiento con mastectomía radical reciban tratamiento adyuvante con radioterapia de acuerdo con los hallazgos histopatológicos, el tamaño y localización del tumor, además del número de ganglios positivos. (IMSS, 2017). Posterior a la mastectomía la mayoría de las mujeres son candidatas a reconstrucción mamaria exceptuando a las pacientes con cáncer inflamatorio. (Pérez et al., 2018)

Pese a todo esto, la mastectomía tiene varias repercusiones psicológicas, personales e incluso médicas, en las pacientes sometidas a este procedimiento debido a su carácter invasivo. Es muy frecuente que se presenten problemas de depresión, insomnio, ansiedad, sentimientos de vergüenza, inseguridad o minusvalía, e incluso, ideas suicidas, alteraciones en la percepción de la imagen corporal lo que implicaría también problemas respecto a la sexualidad de la

persona. Todo ello puede afectar de manera significativa la calidad y estilo de vida aún después de una cirugía reconstructiva. (Pérez et al., 2018)

Mastectomía reductora de riesgo

Se trata de una mastectomía ya sea total o preservadora de la piel y complejo areola-pezón. Esta técnica puede ser una opción para aquellas personas con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama tomando en cuenta los factores genéticos y no genéticos de las pacientes. Con este procedimiento se ha demostrado una reducción de los nuevos casos hasta en un 95% siempre y cuando se realice una adecuada técnica quirúrgica. (Cárdenas, et. al, 2019)

Mastectomía reductora de riesgo contralateral

En el caso de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama unilateral se puede realizar una mastectomía reductora de riesgo contralateral a solicitud de la ellas, tomando en consideración el riesgo asociado e informando adecuadamente respetando las preferencias y autonomía de cada persona. (Cárdenas, et. al, 2019)

III.2 Familia

El término familia ha tenido diferentes definiciones a lo largo de la historia. Una de las primeras propuestas sobre la etimología de la palabra familia es la del Marqués de Morante en que sugiere su origen de la palabra latina *famulus* la cual significa sirviente o esclavo doméstico. (Membrillo et al., 2008)

Para la Real Academia de la Lengua Española (2014 a) el término familia se define como *“Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.”*

A nivel internacional destacan las definiciones de familia del Consenso Canadiense el cual la define como *“esposo y esposa, con o sin hijos, o un padre o*

madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo"; el Censo estadounidense (1950 y 1960) se refiere a la familia como *"un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción"* (Membrillo et al., 2008); para la Organización Mundial de la Salud (2021) familia se define como *"los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio"*; mientras que para la Organización de las Naciones Unidas la familia constituye la unidad básica de la sociedad:

CONAPO (2012), México

La familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación.

Desde la perspectiva del médico familiar en México, a través de la 1ra Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (2005), se definió al término familia como *"un grupo social, organizado como un sistema abierto, construido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad"*.

El concepto de familia incluye un a compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones y no simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es el centro de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para convivir juntos y que tiene un alto potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse entre sí. Es así como, el término familia puede tener diferentes significados, puede estar integrada por un indeterminado número de personas las cuales desempeñan una función. (Huerta, 2005)

III.2.1 Tipología familiar

La familia puede ser clasificada de diferentes maneras según el enfoque que se le esté proporcionando, según las características de sus miembros, el lugar donde radica, el nivel socioeconómico o el número de integrantes. (Membrillo et al., 2008). De acuerdo con su desarrollo, se puede tratar de una familia moderna, tradicional o arcaica. Según la demografía pueden ser urbanas o rurales. Con base a su integración pueden ser integradas, semiintegradas o desintegradas. Tomando en cuenta la funcionalidad pueden ser funcionales o disfuncionales. Considerando la ocupación del jefe de familia pueden ser campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes. Según su composición se trata de familias nucleares, extensas y extensas compuestas. Las distintas clasificaciones son el reflejo de la gran diversidad de condiciones y el dinamismo que existen en la sociedad. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008)

III.2.2 Dinámica familiar

Teoría general de los sistemas

Un sistema es un conjunto de reglas o principios de una materia racionalmente enlazados entre sí, también es un conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a un determinado objeto. (RAE, 2014 b). La Teoría general de los sistemas tiene como objetivo unificar las ciencias para poder transferir conocimiento de una a otra sintetizándolo hasta crear un sistema. (Membrillo et al., 2008)

Los sistemas se pueden clasificar en naturales (creados sin intervención humana) y artificiales (creados por acción del hombre: físicos, sociales y conceptuales). También se pueden clasificar como sistemas abiertos (aquellos que aceptan un intercambio con el ambiente), cerrados (que no permiten el intercambio con el medio que los rodea), integrados (la modificación de uno de los componentes produce cambio en los demás), independientes (la modificación de

uno de los componentes no produce cambio en los demás), centralizados (uno de los elementos desempeña el papel principal). (Membrillo et al., 2008)

En cuando a cada uno de los sistemas, éstos están compuestos por entradas y salidas. Las entradas son los recursos que ingresan ya sean materiales, humanos o información que cubren las necesidades operativas. Mientras que las salidas son el resultado del procesamiento de las entradas por medio de máquinas, individuos, productos químicos, etc., adoptando forma de producto, servicios o información. (Membrillo et al., 2008)

Tratándose de la familia hay otro concepto en la teoría general de los sistemas que es el de la “caja negra” el cual explica cómo la sociedad influye a la familia y cómo la familia influye, aunque en menor medida, en la sociedad a través de la relación entre contexto y sistema. (Membrillo et al., 2008)

La familia es considerada como un sistema delimitado y definido, además de un sistema abierto por su interacción con la sociedad, en el que hay subsistemas que son unidades más pequeñas formadas por un solo individuo o por dos (conyugal, paterno, y filial); jerarquías que son los diferentes niveles de autoridad dentro del sistema; límites que son la cercanía o distancia entre los individuos o subsistemas en términos de permisividad, dependencia emocional, derecho y autonomía, estos límites pueden ser claros, difusos o rígidos; alianzas o unión y apoyo mutuo que se proporcionan entre sí dos de sus integrantes y si esta unión se enfoca contra otro integrante en beneficio de ellos se llama coalición. (Membrillo et al., 2008)

Otras características que definen a la familia como sistema como la totalidad y no sumatividad que hace referencia a que el cambio en un individuo afecta a los otros por ejemplo el desequilibrio que ocasiona la independencia de hijo que cumplía la función de mediador en los conflictos de los padres; equifinalidad, un mismo efecto puede responder a distintas causas por ejemplo dos niños pueden tener una educación similar aunque los padres de cada uno de

ellos tenga diferente grado académico; retroalimentación, las acciones de cada miembro produce modificaciones en los demás, es positiva cuando favorece o continua estimulando el fenómeno que inicia el mecanismo y es negativa cuando se intenta frenar o amortiguar el fenómeno que inició el mecanismo. (Membrillo et al., 2008)

Teoría general de grupos

Un grupo es una pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerado. (RAE, 2014 c). También como un número de personas que interactúan entre sí según esquemas establecidos. Los grupos se pueden dividir en primarios, secundarios, informales y formales. (Membrillo et al., 2008)

Cada uno de los grupos debe contar con características que los definen como uno: los antecedentes, el esquema o patrón de participación ya sean unidireccionales, bidireccionales o multidireccionales; comunicación para la transmisión de ideas, sentimientos o creencias; cohesión definido como el campo total de fuerzas motivantes que actúan sobre los miembros para mantenerlos en grupo; atmosfera es la disposición de ánimo y sentimientos que encuentran difundidos dentro del grupo; normas o reglas que rigen la conducta de los individuos pueden ser implícitas, explícitas, formales o informales; patrón sociométrico, las relaciones de amistad o antipatía entre los miembros; estructura y organización; procedimientos o medios utilizados para lograr objetivos; metas, fines a los que se dirige el grupo. (Membrillo et al., 2008)

Para la acción grupal se requieren aspectos físicos y sociales mínimos necesarios para la conservación del grupo: ambiente propicio en las reuniones, reducción de la intimidación, liderazgo distribuido, formulación del objetivo adecuado con los intereses del grupo, flexibilidad, consenso en la adopción de decisiones, comprensión del proceso a efecto de poder orientar o modificar los objetivos, evolución continua. (Membrillo et al., 2008)

Cada grupo tiene un proceso evolutivo conformado por periodo aparente grupo, periodo de organización, periodo de integración o madurez, dependencia, ataque-huida, emparejamiento, adaptación, logro de objetivos, integración, mantenimiento de pautas, fases de formación, fase de reacción tormentosa, fase normativa, fase de funcionamiento. (Membrillo et al., 2008)

III.3 Funcionalidad familiar

Tomando en cuenta que la familia es la unidad básica de la sociedad, ésta, al igual que cada célula del cuerpo humano, debe cumplir ciertas funciones de acuerdo con las necesidades de cada uno de sus integrantes. Estas funciones van de la mano con las necesidades explicadas por Abraham Maslow.

1. Socialización. Favoreciendo el desarrollo de la identidad personal de los integrantes por medio de la identidad familiar. El objetivo principal de esta función es la transformar en un tiempo determinado, a un niño en un individuo autónomo e independiente para desarrollarse en la sociedad lo que se traduce en el modo en cómo actúa y vive cada individuo en sociedad. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008)
2. Cuidado. En esta función se trata de cubrir las necesidades físicas y materiales, además de las de salud de cada uno de los integrantes de la familia. Lo que significa garantizar la subsistencia de cada uno de los integrantes a través de comida, vivienda, vestido, seguridad física y acceso a los sistemas de salud. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008)
3. Afecto. Se refiere a ser capaces de cubrir las necesidades afectivas de cada miembro de la familia como ánimo, cariño y amor, lo que se ve reflejado en la capacidad de cada individuo de mantener relaciones interpersonales armónicas. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008)
4. Reproducción. Esta función se orienta particularmente en la necesidad de proporcionar nuevos miembros a la sociedad con el fin de garantizar la supervivencia de la especie humana. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008)

5. Estatus y nivel socioeconómico. Se refiere a la participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. (Membrillo et al., 2008)

Cuando todas estas funciones se cumplen dentro del sistema familiar nos encontramos frente a una familia funcional, por el contrario, y considerando que cada una de estas características son indispensables para el funcionamiento adecuado de la familia, si alguna de estas funciones falta o no se lleva a cabo de manera adecuada, entonces nos encontramos ante un caso de disfunción familiar. Sin embargo, no todas las familias disfuncionales lo fueron desde siempre, puede tratarse de una familia completamente funcional que se enfrentó a una situación crítica biopsicosocial en uno o varios de sus miembros lo que originó su disfuncionalidad. (Huerta, 2005)

Una crisis es un evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera del sistema familiar, que puede conducir a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa del mismo. Estas crisis se diferencian en crisis normativas y crisis paranormativas. Las primeras, también llamadas evolutivas o intrasistémicas, son aquellas que han sido planeadas, son esperadas o forman parte de la evolución de la vida familiar, algunos ejemplos de ellas son el matrimonio, el embarazo, el nacimiento del primer hijo, separación de un hijo del núcleo familiar por independencia, escuela o matrimonio, etc. En el caso del segundo tipo de crisis, también llamadas no normativas o intersistémicas, se trata de experiencias adversas, inesperadas e impredecibles, algunos ejemplos de ellas son el divorcio, adicciones, vandalismo, abandono del hogar, aborto, desempleo, enfermedad y muerte súbita de cualquier miembro de la familia. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008)

Es así como la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia con una dinámica funcional mantiene su estado de equilibrio

lo que le permite a familia afrontar, tomar decisiones, adaptarse y eventualmente, superar cada crisis que se presente a lo largo de su historia. Y es ante la presencia de eventos críticos cuando toma importancia el estudio en primer nivel de atención de la familia y su funcionalidad. (Huerta, 2005)

III.4 Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar.

El estudio de la funcionalidad familiar ha tomado gran importancia en la medicina familiar ya que el funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en alguno o varios de sus miembros. A lo largo de los años y en diferentes países se han desarrollado múltiples escalas de evaluación de la funcionalidad familiar, éstas son instrumentos que nos ayudan a localizar qué parte de la dinámica familiar se está descuidando y pueda ser el origen de pérdida de la homeostasis familiar. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008; Anzures et al., 2013)

Hay dos tipos métodos para analizar la funcionalidad familiar, el primero es con instrumentos observacionales, éstos se basan en entrevistas y dependen del grado de capacitación de quien los realiza. El segundo método se trata de instrumentos validados de auto aplicación los cuales proporcionan información de la funcionalidad familiar desde la perspectiva de cada integrante. También es importante que al elegir un método para la evaluación de las funciones familiares se tomen en cuenta algunos criterios como su validez, auto aplicación, brevedad del instrumento, evaluación de poblaciones a las que se aplicó y el modelo teórico que lo sustenta. (Huerta, 2005; Membrillo et al., 2008; Anzures et al., 2013)

Para este estudio en particular se ha decidido utilizar la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL).

III.4.1 Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)

En la Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares o FF-SIL se evalúan siete categorías en cuanto a la funcionalidad familiar: Cohesión (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), armonía (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), comunicación (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa), adaptabilidad (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera), afectividad (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), roles (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar) y permeabilidad (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones). (Pérez et al., 1997)

Este instrumento es un cuestionario corto tipo Likeert que toma aproximadamente 15 minutos en contestarse, está conformado por 14 ítems a los cuales se les asigna una puntuación del 1 al 5 a cada uno, donde 5 es “casi siempre”, 4 es “muchas veces”, 3 es “a veces”, 2 es “pocas veces” y 1 es “casi nunca”. La puntuación final de este instrumento se obtiene de la suma de los puntos de cada uno de los ítems calificándose, como Familia funcional de 57 a 70 puntos, Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos, Familia disfuncional de 28 a 42 puntos y Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos. (Pérez et al., 1997)

IV. Hipótesis

Ho: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias funcionales son \leq a 41.3%

Ha: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias funcionales son $>$ a 41.3%

Ho: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias moderadamente funcionales son \leq 46%

Ha: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias moderadamente funcionales son $>$ a 46%

Ho: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias disfuncionales son \leq a 11.1%

Ha: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias disfuncionales son $>$ a 11.1%

Ho: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias severamente disfuncionales son \leq a 1.6%

Ha: las pacientes postoperadas de mastectomía con familias severamente disfuncionales son $>$ a 1.6%

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes postoperadas de mastectomía.

V.2 Objetivos específicos

Identificar a las pacientes postoperadas de mastectomía con familias funcionales

Identificar a las pacientes postoperadas de mastectomía con familias moderadamente funcionales

Identificar a las pacientes postoperadas de mastectomía con familias disfuncionales

Identificar a las pacientes postoperadas de mastectomía con familias severamente disfuncionales

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo.

VI.2 Población

Mujeres derechohabientes del IMSS, de la Delegación Querétaro adscritas a la UMAA 1, que tengan como antecedente Cáncer de Mama tratado con mastectomía.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra con la calculadora epidemiológica Epi Info TM Companion for Android empleando un nivel de confianza del 95%, tomando como marco muestral el listado de pacientes que se encuentra en la base de datos de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria de las pacientes postoperadas de mastectomía desde el 2020 que es de 146, trabajando con una prevalencia de 46% de acuerdo con la literatura reportada, con una p de 0.46, obteniéndose como resultado una $n=106$ pacientes.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuota, sin embargo, se decidió emplear a toda la población que cumplía con los criterios de selección y fueron en total 139 pacientes.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a pacientes mujeres derechohabientes del IMSS diagnosticadas con Cáncer de Mama postoperadas de mastectomía de no más de 18 meses del evento quirúrgico y que además aceptaran participar en el estudio.

Se excluyeron a pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica en tratamiento como ansiedad, depresión o trastornos de la personalidad.

Se eliminaron a las pacientes que una vez iniciado el estudio ya no desearon participar, además de todos los cuestionarios incompletos.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas que se incluyeron fueron: la edad, ocupación, estado civil, escolaridad y religión, las variables clínicas fueron la funcionalidad familiar y comorbilidades.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se empleó una hoja de recolección de datos en la que se incluyeron todas las variables a estudiar cada una con una escala de medición específica para la adecuada disposición de las variables. Para la evaluación de la funcionalidad familiar se utilizó la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares o FF-SIL. Este instrumento es un cuestionario tipo Likeert conformado por 14 ítems en el cual se evalúan siete categorías en cuanto a la funcionalidad familiar: Cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad. La puntuación final de este instrumento se obtiene de la suma de los puntos de cada uno de los ítems calificándose como Familia funcional, Familia moderadamente funcional, Familia disfuncional y Familia severamente disfuncional.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación y la Universidad Autónoma de Querétaro, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Una vez recibida la autorización para realizar el estudio se acudió en horario matutino y/o vespertino a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA 1) donde se consultó la base de datos de las pacientes de la unidad y se seleccionó a aquellas que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados, se reunieron los datos de contacto de todas y posteriormente se les contactó vía telefónica, durante la llamada se proporcionó de manera breve y clara una explicación del estudio a realizar, se les invitó a participar en el estudio de investigación y finalmente aquellas que aceptaron participar se les citó en la UMAA durante horario de atención de la misma.

El estudio se inició con una explicación breve del objetivo del estudio a cada paciente además de los beneficios de participar en el estudio de investigación seguido de la lectura y firma del consentimiento informado donde acepta participar, posteriormente se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que incluía las variables sociodemográficas y clínicas. Finalmente se proporcionó a cada paciente una copia de la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) para ser contestada donde cada paciente invirtió en promedio 10 minutos. Se resolvió las dudas generadas por el cuestionario y se otorgó apoyo para aquellas pacientes que tuvieron dificultad para el llenado del cuestionario. Al finalizar se dio una evaluación preliminar. Y en caso de requerirlo, fue canalizada a médico familiar.

VI.5.1 Análisis estadístico

Todos los datos obtenidos durante este estudio de investigación, a través del expediente, de las pacientes, de la hoja de recolección y de la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL) se organizaron en una base de datos de Excel y posteriormente fueron procesados mediante el software de análisis estadístico IBM SPSS Statistics lo que facilitó un adecuado análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central..

VI.5.2 Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su séptima revisión, aprobada el 19 de octubre de 2013 en Fortaleza, Brasil, en la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

Siguiendo las especificaciones de los Artículos 20, 21 y 22 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I de Disposiciones comunes; se contó con un formato de consentimiento informado donde se describieron las características del presente estudio para conocimiento de las pacientes incluyendo los procedimientos, las molestias que pudo generar y los beneficios que pudieran obtener al participar en el estudio. Al obtener la autorización mediante la explicación por escrito y firma del consentimiento informado se garantizó recibir la respuesta ante cualquier duda y la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento y de esta manera se estuvo cumpliendo con el principio bioético de autonomía de cada participante.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos se cumplió con los elementos mínimos obligatorios en cuanto a autorizaciones, consentimiento informado y confidencialidad de la información obtenida.

Además, de acuerdo con el Artículo 17 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I de Disposiciones comunes; este estudio fue una investigación riesgo mínimo, ya que se empleó el FF-SIL como prueba psicológica a mujeres en las cuales no se manipuló su conducta.

Al finalizar el estudio se identificó a las pacientes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales de acuerdo con los resultados de la aplicación de la prueba FF-SIL de funcionalidad familiar. Se contactó a cada una de las pacientes identificadas. Se notificó a su médico familiar para ser canalizadas al servicio correspondiente cuando así lo deseaban las pacientes.

VII. Resultados

El estudio incluyó a 139 pacientes postoperadas de mastectomía, de las cuales se identificó que la percepción de la funcionalidad con mayor prevalencia fue la moderadamente funcional con 91 pacientes en total lo que corresponde al 65% (IC 95%; 57.1 – 72.9), seguido de la funcional con una prevalencia de 31 pacientes lo que corresponde al 22% (IC 95%; 15.1 – 28.9), posteriormente la disfuncional con 15 pacientes lo que equivale al 11% (IC 95%; 5.8 – 16.2) y finalmente la severamente disfuncional con únicamente 2 pacientes lo que correspondería al 2% (IC 95%; 0.3 – 4.3) de la población estudiada. Cuadro VII.1

Respecto a la edad, se observó que en las pacientes con familia funcional la mediana fue de 56 años (46 – 64), en las pacientes con familias moderadamente funcionales fue de 54 años (48 – 62), en las pacientes con familias disfuncionales fue de 47 años (40 – 57) y en las pacientes con familias severamente disfuncionales fue de 53 años (48 – 53). Cuadro VII.2

Dentro de las pacientes con familia funcional se observó que 27 pacientes profesan religión católica lo que representa un 87.1%, 20 pacientes son amas de casa lo que representa un 64.5%. En cuanto a la escolaridad se observó que la mayoría tiene un grado académico entre secundaria y preparatoria o bachillerato con una prevalencia del 29.0% cada uno. Y con respecto al estado civil, el 77.4% son casadas. Cuadro VII.3.

En las pacientes con familias moderadamente funcionales se evidenció que el 84.6% profesan la religión católica, la mayoría son amas de casa con un 56.0%, el 33% tienen un grado académico de secundaria y el 73.6% de las pacientes son casadas. Cuadro VII.3.

En cuanto a las pacientes con familias disfuncionales se demostró que de las dos pacientes el 86.7% son católicas, el 53.3% son amas de casa, el 46.7%

tienen un grado académico de preparatoria o bachillerato y el 53.3% son casadas. Cuadro VII.3.

En las 2 pacientes con una percepción severamente disfuncional de su familia, se determinó que ambas son católicas, una es ama de casa y la otra profesionalista, ambas son divorciadas, una tiene un nivel académico de preparatoria o bachillerato y la otra licenciatura. Cuadro VII.3.

Finalmente, en relación con las comorbilidades en las pacientes con familias funcionales el 41.9% registró que no padece ninguna comorbilidad, en cuanto a las pacientes con familias moderadamente funcionales el 49.5% reportó que no padece ninguna comorbilidad, en las pacientes con familias disfuncionales el 40% de estas pacientes reconoció que no padece ninguna comorbilidad y de las 2 pacientes con familias severamente disfuncionales una tiene diabetes mientras que la otra no padece ninguna comorbilidad. Cuadro VII.4.

Cuadro VII.1. Percepción de funcionalidad familiar en pacientes postoperadas de mastectomía

n=139

Variable	Pacientes postoperadas de mastectomía			
	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Funcional	31	22	11.2	32.8
Moderadamente funcional	91	65	52.6	77.4
Disfuncional	15	11	2.9	19.1
Severamente disfuncional	2	2	1.6	5.9

Fuente: Pacientes postoperadas de mastectomía adscritas a UMAA 1.

Cuadro VII.2. Edad de la población

n=139

Variables	Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional	Severamente disfuncional
Edad *	56 (46 – 64)	54 (48 – 62)	47 (40 – 57)	53 (48 – 53)

*Datos expresados en mediana y rango intercuartil

Fuente: Pacientes postoperadas de mastectomía adscritas a UMAA 1.

Cuadro VII.3. Características sociodemográficas de la población.

n=139

Variables	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Religión								
Católica	27	87.1	77	84.6	13	86.7	2	100
Cristiana	4	12.9	13	14.3	2	13.3	0	0
Testigo de jehová	0	0	1	1.1	0	0	0	0
Ocupación								
Ama de casa	20	64.5	51	56.0	8	53.3	1	50
Obrera	2	6.5	5	5.5	2	13.3	0	0
Comerciante / vendedora	1	3.2	3	3.3	1	6.7	0	0
Profesionista	3	9.7	6	6.6	3	20	1	50
Otra	5	16.1	26	28.6	1	6.7	0	0
Escolaridad								
Sin escolaridad	2	6.5	3	3.3	0	0	0	0
Primaria	6	19.4	14	15.4	1	6.7	0	0
Secundaria	9	29.0	30	33.0	4	26.7	0	0
Técnica	1	3.2	4	4.4	0	0	0	0
Preparatoria / bachillerato	9	29.0	29	31.9	7	46.7	1	50
Licenciatura	3	9.7	10	11.0	3	20.0	1	50
Posgrado	1	3.2	1	1.1	0	0	0	0

Estado civil									
Soltera	2	6.5	5	5.5	1	6.7	0	0	
Casada	24	77.4	67	73.6	8	53.3	0	0	
Unión libre	3	9.7	12	13.2	1	6.7	0	0	
Divorciada	0	0	1	1.1	5	33.3	2	100	
Viuda	2	6.5	6	6.6	0	0	0	0	

Fuente: Pacientes postoperadas de mastectomía adscritas a UMAA 1.

Cuadro VII.4. Comorbilidades de la población.

Variables	n=139							
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Comorbilidades								
Diabetes mellitus	0	0	12	13.2	0	0	1	50.0
Hipertensión arterial	6	19.4	19	20.9	4	26.7	0	0
Obesidad	6	19.4	8	8.8	4	26.7	0	0
Dislipidemia	1	3.2	1	1.1	0	0	0	0
Artritis reumatoide	2	6.5	1	1.1	0	0	0	0
Otras	3	9.7	5	5.5	1	6.7	0	0
Ninguna	13	41.9	45	49.5	6	40.0	1	50.0

Fuente: Pacientes postoperadas de mastectomía adscritas a UMAA 1.

VIII. Discusión

En este estudio se observó que al aplicar el instrumento de evaluación de funcionalidad familiar FF-SIL a las pacientes postoperadas de mastectomía la mayoría de ellas percibe a su familia como moderadamente funcional lo que concuerda con estudios realizados en los últimos cinco años como el de Acosta et al. (2017) en el que encontraron que la mayoría de su población presentaba una familia moderadamente funcional con una prevalencia del 46% mientras que en nuestro estudio se encontró una prevalencia del 65% en cuanto a las pacientes con familia moderadamente funcional.

López y López (2018) reportaron que la mayoría de las pacientes postoperadas de mastectomía presentaron una mediana en edad de 56 años, mientras que es similar a nuestro estudio en el que se encontró que en las pacientes con familias funcionales la mediana en edad fue de 56 años; mientras que en las pacientes con familia moderadamente funcional fue de 54 años, en las pacientes con familia disfuncional fue de 47 años y en las pacientes con familias severamente disfuncionales fue de 53 años. Esto se explica con el aumento de la incidencia del cáncer de mama después de los 35 años y que de acuerdo con la literatura en mujeres hispanas la media de edad en la que el cáncer de mama es detectado es a los 56 años de edad.

Cantorán y Carrillo (2016) en su estudio realizado en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de mama encontraron que el 68% de ellos eran católicos, lo que concuerda con nuestro estudio en el que en las cuatro categorías de funcionalidad familiar el 84% o más son católicas. Esto debido a que de acuerdo con estadísticas del 2020 del INEGI la mayoría de la población mexicana de 5 años y más es católica.

En el estudio de Acosta et al. del 2017 se identificó que el 50% de las pacientes estudiadas eran amas de casa, lo que se asemeja a los resultados

obtenidos en este estudio en cuanto a ocupación, ya que en las cuatro clasificaciones de funcionalidad familiar se encontró que el 50% o más de las pacientes son amas de casa. Según los indicadores laborales de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social 2021, el promedio nacional de informalidad laboral es del 57.7% dentro del cual se encuentran los trabajadores domésticos informales.

Por otro lado Cantorán y Carrillo (2016) aplicaron el FF-SIL a cuidadores primarios de pacientes postoperadas de mastectomía, en él se identificó que la mayoría de sus participantes tenían una escolaridad de nivel preparatoria con una prevalencia del 32%, lo que concuerda con lo obtenido en nuestro estudio ya que encontramos que el nivel educativo que predominó fue bachillerato o preparatoria en las pacientes con familias funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales con 29%, 46.7% y 50% respectivamente; mientras que en las pacientes con familia moderadamente funcional predominó el nivel secundaria con un 33%. Esto corresponde a la información estadística presentada por el INEGI (2021) a través de su publicación Mujeres y Hombres en México 2020 en la que reportan que el promedio de años de escolaridad cursados en mujeres fue de 9.6 años tomando en consideración los años aprobados desde el primero de primaria, lo que correspondería a un nivel aproximado de preparatoria.

En cuanto al estado civil, López y López (2018) en su estudio Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas post mastectomía secundaria a cáncer de mama, mencionan que el 80% de su población estudiada eran casadas o en unión libre, lo que se asemeja a los resultados del presente estudio en el que se demostró que el porcentaje de mujeres casadas con familia funcional es del 77.4%, con familia moderadamente funcional es del 73.6% y con familia disfuncional es del 53.3%; en cuanto a las mujeres con familia severamente disfuncional se encontró que ambas son divorciadas lo que nos orienta a que el sistema conyugal es parte importante de la funcionalidad familiar durante la enfermedad y en la convalecencia.

Finalmente, Acosta et al. (2017) dentro de las características clínicas de su población estudiada el 70% negó tener alguna comorbilidad. Este dato discrepa del porcentaje obtenido por nosotros ya que en nuestras pacientes el 40% registró no tener comorbilidad alguna. Sin embargo, es bien sabido que la obesidad es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama, lo que se observó en el 26.7% de las mujeres con familia disfuncional.

IX. Conclusiones

En este estudio se concluyó que la percepción de la funcionalidad familiar en las pacientes postoperadas de mastectomía es predominantemente moderadamente funcional. Por lo tanto, se rechaza la Ho y se acepta la Ha.

El 22% de las pacientes postoperadas de mastectomía tienen familias funcionales por lo que se acepta la Ho y se rechaza la Ha.

El 11% de las pacientes postoperadas de mastectomía tienen familias disfuncionales por lo que se rechaza la Ho y se acepta la Ha.

Y finalmente, el 2% de las pacientes postoperadas de mastectomía tienen familias severamente disfuncionales por lo que se rechaza la Ho y se acepta la Ha.

X. Propuestas

El Médico Familiar es aquel que se dedica a atender lo relacionado con el proceso salud-enfermedad no sólo en lo individual si no también en cuanto a la familia y entorno del paciente, tomando en cuenta el equilibrio biopsicosocial, mediante un esquema integral, continuo y un enfoque de riesgo. Bajo esta premisa y tomando en consideración el perfil del médico familiar, se hacen las siguientes propuestas:

Asistencial: El diagnóstico y tratamiento oportunos del cáncer de mama es importante, sin embargo, al realizar la revisión de los expedientes de las pacientes incluidas en este estudio, se encontró que posterior a la mastectomía, en general no se les otorgaba seguimiento en el ámbito psicológico ni se realizó envío a servicios complementarios como Psicología o trabajo social, el tratamiento se limitó a la parte farmacológica, por lo que de manera particular me propongo a realizar estrategias para administrar el tiempo destinado a la consulta de cada uno de mis pacientes e implementar la aplicación del FF-SIL para la valoración de la funcionalidad familiar, no sólo de las pacientes con cáncer de mama o postoperadas de mastectomía, si no a cualquier paciente que mediante la anamnesis se detecte alguna alteración en cuanto a las funciones que debe desempeñar su familia o al mismo individuo dentro de ella. De la misma manera se propone hacer énfasis a los Médicos Familiares sobre los envíos de estas pacientes a los servicios pertinentes con los que se cuente en las Unidades de Medicina Familiar y en los casos que lo requieran su envío a servicios como Psiquiatría en segundo nivel de atención lo que tendría una contribución a la mejora de la relación médico-paciente-familia, además de la detección y abordaje oportunos de factores de riesgo o alteraciones psicoafectivas posteriores a crisis no normativas.

Administrativo: Hacer énfasis en el uso de los recursos proporcionados en las unidades de medicina familiar como Trabajo social, medicina preventiva,

enfermera de familia, psicología, programas como CADIMSS, para una atención integral del paciente y su familia.

Educativo: Capacitación continua a los Médicos Familiares acerca de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar y su interpretación, haciendo hincapié en aquellos validados y aplicados en población mexicana, de fácil interpretación y corta duración que permitan al médico familiar realizarlas en el corto tiempo que se tiene de consulta para identificar a pacientes con familias disfuncionales. También se propone buscar estrategias para ampliar el programa educativo de residencias médicas en medicina familiar en materia de Familia ya que es la base del médico familiar. Educación para los pacientes sobre el bienestar de su familia y la función que ésta desempeña durante su enfermedad, el tratamiento y después de ella mediante campañas en las unidades de medicina familiar.

Investigación: La observación es la base del método científico y en el área de la salud permite la detección y descripción de todos aquellos fenómenos relacionados con la salud y enfermedad. Es por ello que con este trabajo se pretende que más residentes de cualquier grado académico se interesen por retomar los estudios observacionales descriptivos y continuar con una línea de investigación centrada en la aplicación de instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar durante el proceso salud – enfermedad con énfasis en el periodo de convalecencia y posteriormente identificar la relación entre las enfermedades más comunes y la funcionalidad familiar, especialmente en la implicación de la disfuncionalidad familiar en la recuperación de la salud.

XI. Bibliografía

- Acosta., E, López, C., Martínez, M.E., Zapata, R. (2017). *Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Horizonte sanitario*, 16(2), 139-148
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000200139
- Anzures, R., Chávez, V., García M., Pons, O. (2013). *Medicina familiar. Corporativo Intermédica.*
- ASCO. (2020). *Cáncer de mama, tipos de tratamiento.*
<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/tipos-de-tratamiento>
- Camacho, C., Espíndola, V. (2018). Actualización de la nomenclatura Bi-RADS. *Anales de Radiología México* 17, 100-108.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2018/arm182d.pdf>
- Cantorán, S., Carrillo, G. (2017). *Funcionalidad familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador primario en pacientes con Cáncer de mama de la UMF 75 Nezahualcoyotl.* [Tesis para la obtención el diploma de posgrado de la especialidad en Medicina Familiar, Universidad autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional.
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/64297>
- Cárdenas, Erazo, Arce, Bargalló, Bautista, Cervantes, Flores, Lluch, MAffuz, Pérez, Poitevin, Salas, Torrecillas, Valero. (2019). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Folleto.*
http://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_8aRev2019a.PDF

- Cardoso, F, et al. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guide for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30 (8), 1194-1220 <https://www.annalsofoncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2819%2931287-6>
- Cassinda, M.D., Angulo, L., Guerra, V.M., Louro, I., Martínez, E. (2016). Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 32(4), 1-10 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400005
- CNEGS. (2017). *Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cancer de mama en el primer nivel de atención.* <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-001-08/ER.pdf>
- CONAPO. (2012). *4 de Marzo, día de la familia.* http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/4_de_Marzo_Dia_de_la_Familia
- Espinosa, M. (2018). Cáncer de Mama. *Revista médica Sinergia*. 2(1), 8-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>
- Fernández, E. (2017). Revisión del estado actual de la resonancia magnética en el cáncer de mama. *Clin Invest Gin Obst*, 45(2), 69-77 <https://doi.org/10.1016/j.gine.2017.04.003>
- GLOBOCAN. (2020). *Cancer fact sheets.* <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-factsheets.pdf>

- Huerta, J. (2005). *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. Alfil
- IMSS. (2017). *Guía de práctica clínica. Tratamiento del Cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/232GER.pdf>
- IMSS. (2020, Octubre). *Infografía, Cáncer de mama*. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/infografias/infografia-cancermama>
- INEGI (2021). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el Cáncer. 2021*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
- Lester, S. (2015). Mama. En *Patología estructural y funcional* (pp. 1043-1071). Elsevier.
- Lippman M. (2015). Cáncer de mama. En *Harrison Principios de medicina interna* (pp. 523-533). McGrawHill.
- López, M.A., López, A.H. (2018). *Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas post mastectomía secundaria a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS Delegación Aguascalientes*. [Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio bibliográfico. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1684>
- Membrillo, A., Fernández, M.A., Quiroz, J.R., Rodríguez, J.L. (2008) *Familia: introducción al estudio de sus elementos*. Editores de textos mexicanos.
- Miaja, M., Platas, A., Martínez, B.A. (2017). Psychological impact of alterations in sexuality, fertility and body image in young breast cancer patients and

their partners. *Rev Inves Clin*, 69, 204-209
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28776605/>

Muñoz, M. (2016). Cáncer de mama. En Domarus A, Farreras P, Rozman C, Cardellach F. Farreras-Rozman *Medicina interna*. (pp. 1094-1098). Elsevier.

NCI. (2015). *¿Qué es el Cáncer?*
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

NCI. (2020). *Breast Cancer Treatment*.
https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq#_1019_toc

NOM. (2011). *NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf

OMS. (2021). *Día Internacional de las Familias*.
<http://www.un.org/es/events/familyday/>

Ortiz, MC., Carrasco, A. (2016). Actualidades en la detección oportuna de cáncer mamario: mastografía y ultrasonido. *Acta médica Grupo Ángeles*, 14(1), S7-S12. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68173>

Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I., Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia Ergo Sum*, 4(1), 63-66 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5128785>

Pérez, R., Garzón, J., Baley, I., Villaseñor, E., Márquez, C. (2018). Mastectomía radical versus tumorectomía para el tratamiento de cáncer

de mama: implicaciones bioéticas. *Cirugía plástica*, 28 (2), 92-96
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2018/cp182j.pdf>

RAE (2014-a). *Familia*. <https://dle.rae.es/familia>

RAE. (2014-b). *Sistema*. <https://dle.rae.es/sistema>

RAE. (2014-c). *Grupo*. <https://dle.rae.es/grupo>

Rosales, N.C., Garrido, S.M.G., Carrillo, F. (2017). *Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar*. *Horizonte sanitario*, 16(2), 127-137
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000200127

Vázquez, C. (2016). Cirugía del cáncer de mama: técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación. *Med segur trab*, 62, 116-124.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400013&lng=es.

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Instrumento de recolección de datos Estudio de investigación: <i>Percepción de funcionalidad familiar en pacientes postoperadas de mastectomía</i>		Folio
Número de seguridad social _____ Edad: _____ Años		
Religión: 1= Católica 2= Cristiana 3= Testigo de Jehová 4= Otra (mencione cual) _____	Ocupación: 1= Ama de casa 2= Obrera 3= Comerciante / vendedora 4= Profesionista 5= Otros (mencione cuál) _____	Escolaridad: 1= Sin escolaridad 2= Primaria 3= Secundaria 4= Técnico 5= Preparatoria/bachillerato 6= Licenciatura 7= Posgrado 8= Otra _____
Edo civil: 1= Soltera 2= Casada 3= Unión libre 4= Divorciada 5= Viuda	Comorbilidades: 1= Diabetes Mellitus 2= Hipertensión Arterial 3= Obesidad 4= Dislipidemia 5= Artritis reumatoide 6= Otras (mencione cuál) _____ 7= Ninguna	Funcionalidad familiar: 1. Funcional de 57 a 70 puntos 2. Moderadamente funcional de 43 a 56 puntos 3. Disfuncional de 28 a 42 puntos 4. Severamente disfuncional de 14 a 27 puntos

XII.2 Instrumentos



Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)

El presente es un instrumento que evalúa el grado de funcionalidad familiar en el cual se valoran 7 funciones familiares: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles familiares y adaptabilidad.

INSTRUCCIONES: marque con una (X) la respuesta que usted considere más cercana a la pregunta correspondiente. Es importante que recuerde que toda la información proporcionada en esta investigación es estrictamente confidencial.

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

XII.3 Carta de consentimiento informado

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD 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:	Percepción de funcionalidad familiar en pacientes postoperadas de mastectomía						
Patrocinador externo:	No aplica						
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF 16. Delegación Querétaro. Agosto 2022						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Yo soy Guadalupe González Terrazas, Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar en Instituto Mexicano del Seguro Social y junto con la Doctora Karla Elizabeth Margain Pérez, estoy investigando si su familia funciona bien o mal después de que le retiraron uno de sus pechos por tener Cáncer de mama, también conocido como cáncer de seno. El cáncer de mama (cáncer de seno o cáncer de pecho), es una de las enfermedades más comunes en las mujeres de todo el mundo. Debido a que es una enfermedad muy peligrosa, en muchos casos, se tiene que hacer una cirugía en la que se quita un pecho (seno o mama) o una parte de uno de los pechos. Esta cirugía le puede ocasionar problemas en su familia y provocar que deje de funcionar como antes y esto lo podemos saber por medio de una encuesta.						
Procedimientos:	Para esta investigación se solicitará una lista de todas las mujeres que hayan tenido cáncer de mama y se les haya retirado un pecho (seno o mama), se les hará una llamada para explicar en qué consiste la investigación que estamos realizando y en caso de que acepten participar se les pedirá que acudan a la clínica en el horario que más les convenga. Al llegar a la clínica se les volverá a explicar en qué consiste el estudio y se resolverán dudas. En caso de que decidan participar, se les pedirá que contesten un cuestionario de 14 preguntas sobre su vida diaria, sobre cómo se relaciona con su familia, si siente que la apoyan, si siente que la ayudan, al finalizar el cuestionario daremos una puntuación para saber si su familia esta funcionando bien o mal. Si detectamos que su familia no está funcionando bien entonces se le explicará de qué manera se le puede apoyar al respecto. La investigación durará cuatro meses aproximadamente, durante ese tiempo será necesario que acuda a la unidad médica un día por aproximadamente 30 minutos y antes de que terminen los cuatro meses se le realizará una llamada telefónica para informarle si requiere que acuda nuevamente a la unidad médica una segunda ocasión.						
Posibles riesgos y molestias:	Al participar en esta investigación es posible que usted experimente molestias porque se le harán preguntas sobre su vida diaria entre las cuales se encuentran algunas que pudieran incomodarla, recordarle situaciones desagradables o causar sensación de tristeza, además de la molestia del uso su tiempo personal para contestar el cuestionario.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Cuando usted participa en un estudio de investigación está ayudando a que se conozcan más datos acerca de un tema en específico lo que podría traer beneficios para usted como para otras personas. En este caso es detectar oportunamente a aquellas personas que requieren apoyo extra después de una cirugía como la que usted tuvo.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede solicitar informes acerca del avance de esta investigación en cualquier momento desde el inicio de su participación. Si de acuerdo a los resultados obtenidos se detecta que usted requiere seguimiento se le hará una llamada y si usted acepta se agendará una cita con su médico familiar						
Participación o retiro:	Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Si usted decide ya no seguir participando puede dejar de hacerlo, aunque ya haya aceptado antes.						
Privacidad y confidencialidad:	La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):							
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	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:	Si se detecta que su familia no está funcionando bien entonces se le avisará a usted y a su médico familiar para otorgarle una consulta y de esta manera orientarla sobre la manera en la que se le puede ayudar a usted y su familia.						
Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, dígame si no entiende alguna parte y me detengo a explicarle. Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas:							
Investigador Responsable:	<table border="0"> <tr> <td>Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez</td> <td>Matricula: 99237595</td> </tr> <tr> <td>Medico Especialista en Medicina Familiar</td> <td>Celular: 3310390081</td> </tr> <tr> <td>Unidad de adscripción: UMF 5</td> <td>Correo electrónico: dra.elizabethmargain@gmail.com</td> </tr> </table>	Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez	Matricula: 99237595	Medico Especialista en Medicina Familiar	Celular: 3310390081	Unidad de adscripción: UMF 5	Correo electrónico: dra.elizabethmargain@gmail.com
Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez	Matricula: 99237595						
Medico Especialista en Medicina Familiar	Celular: 3310390081						
Unidad de adscripción: UMF 5	Correo electrónico: dra.elizabethmargain@gmail.com						
Colaboradores:	<table border="0"> <tr> <td>Guadalupe González Terrazas</td> <td>Matricula: 98231515</td> </tr> <tr> <td>Médico Residente de Medicina Familiar</td> <td>Celular: 2227590854</td> </tr> <tr> <td>Unidad de adscripción: UMF 16</td> <td>Correo electrónico: gpe_gt24@hotmail.com</td> </tr> </table>	Guadalupe González Terrazas	Matricula: 98231515	Médico Residente de Medicina Familiar	Celular: 2227590854	Unidad de adscripción: UMF 16	Correo electrónico: gpe_gt24@hotmail.com
Guadalupe González Terrazas	Matricula: 98231515						
Médico Residente de Medicina Familiar	Celular: 2227590854						
Unidad de adscripción: UMF 16	Correo electrónico: gpe_gt24@hotmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en Avenida 5 de Febrero 102, Colonia Centro, CP 76 000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 8 a 16 hrs. Teléfono: 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1@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						
Clave: 2810-009-013							

XII. Registro de Comité Local de Investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

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

Registro COFOPRIS 17 CI 32 014 021
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Lunes, 07 de noviembre de 2022

M.E. karla elizabeth margain perez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES POSTOPERADAS DE MASTECTOMÍA** 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-2022-2201-115

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

DIRECTOR

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL