



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**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

PRESENTADA POR

Marcela Angélica López Serna

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Ana Hortensia López Ramírez

Aguascalientes, Ags., diciembre de 2018



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2019

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUSACALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARCELA ANGELICA LOPEZ SERNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON
ALTERACIONES PSICOLOGICAS POST MASTECTOMIA SECUNDARIA A
CANCER DE MAMA DE LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-0008** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Marcela Angélica López Serna asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

Dra. Ana Hortensia Lopez Ramirez



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2019

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARCELA ANGELICA LOPEZ SERNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON
ALTERACIONES PSICOLOGICAS POST MASTECTOMIA SECUNDARIA A
CANCER DE MAMA DE LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-0008** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Marcela Angélica López Serna asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos A. Prado

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MARCELA ANGÉLICA LÓPEZ SERNA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON ALTERACIONES PSICOLÓGICAS POSTMASTECTOMIA SECUNDARIA A CÁNCER DE MAMA DE LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., a 10 de Diciembre de 2018.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios primeramente por darme esta oportunidad y guiarme en mi camino, por otorgarme la capacidad y fortaleza de poder llevar a cabo mis sueños.

A mis padres, Juana y Raúl, por toda la confianza que pusieron en mí, por su apoyo incondicional y continuar conmigo en todo momento, por darme amor y valentía ante toda circunstancia difícil.

A mi esposo, Gerardo, por su comprensión y por su inmenso apoyo en todo momento, por ir de mi mano a pesar de las dificultades, por no soltarme y por darme los ánimos y brindarme su amor sin importar nada.

A mis hermanos, Cristina y Francisco, por fungir como compañeros de vida y comprender mis ausencias para poder llevar a cabo mis sueños.

A mis sobrinos, Santiago y Sebastián, por ser parte de este sueño y ser uno de mis motores para poder ser mejor persona y brindar siempre lo mejor de mí.

A la Dra. Hortensia López, por ser una excelente asesora de tesis, por transmitir sus conocimientos a mi persona y aclarar siempre mis panoramas cuando se tornaban turbios, por sus consejos y sobre todo paciencia, por el apoyo incondicional en todo momento y por ser una gran compañera durante estos 3 años de residencia.

Al Dr. Jaime Azuela, por darme su apoyo en todo momento en cuanto a conocimientos y guía para una mejor comprensión y un mejor resultado en mi formación como especialista.

A la Dra. Evelyn Lárraga, por su apoyo y por su entereza en acompañarme hasta la culminación de mi estudio de posgrado con la mejor preparación para ser mejor médico y ser humano.

DEDICATORIA

A mis padres por apoyarme en todos mis pasos, en todos mis días, en mis éxitos y obstáculos, por su fortaleza y amor, por estar siempre presentes confiando en mí, en mis capacidades y motivándome día a día a continuar.

A mi esposo Gerardo por tener siempre una palabra de aliento y de fuerza, por amarme y por comprenderme, por formar parte de este logro y por acompañarme para lograrlo y cumplir nuestros sueños juntos.

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS i

INDICE DE FIGURAS Y GRAFICOS i

ACRONIMOS ii

RESUMEN iii

ABSTRACT iv

I. INTRODUCCION 1

II. MARCO TEORICO 2

 Antecedentes científicos 2

 Modelos y teoría que fundamentan las variables 9

 La familia 9

 Ciclo vital familiar 11

 Funciones de la familia 12

 Funcionalidad familiar 13

 Teoría de los sistemas 15

 Modelos de funcionalidad familiar 16

 Percepción de la funcionalidad familiar (FF-SIL) 25

 Mastectomía 27

 Impacto psicológico de la mastectomía secundaria a cancer de mama 28

 Alteraciones psicológicas de las mujeres mastectomizadas por cancer de mama 29

 Papel de la familia en mujeres postmastectomía 30

 Modelo de Callista Roy en mujeres mastectomizadas por cancer de mama 31

III. JUSTIFICACION 32

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 33

 Características sociodemográficas y culturales de la población de estudio 33

 Panorama de salud 34

 Alteraciones psicológicas por mastectomía previa 34

 Mastectomía en México 34

 Mastectomía en la UMF No. 1 del IMSS 35

 Panorama del sistema de salud 36

 Descripción de la naturaleza del problema 37

Descripción de la gravedad del problema	38
Pregunta de investigación.....	39
V. OBJETIVOS	39
Objetivo general.....	39
Objetivos específicos	39
VI. HIPOTESIS	40
Hipótesis alterna.....	40
Hipótesis nula.....	40
Hipótesis alternas específicas.....	40
Hipótesis nulas específicas	41
VII. MATERIAL Y METODOS.....	42
Diseño de estudio.....	42
Universo de trabajo.....	42
Población de estudio.....	42
Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión	43
Criterios de eliminación	43
Tipo de muestreo.....	43
Plan de recolección de la información	43
Plan de análisis.....	44
Logística.....	44
VIII. ASPECTOS ETICOS.....	44
IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	45
Recursos humanos	45
Recursos tecnológicos	45
Recursos materiales	46
Financiamiento.....	46
Factibilidad	46
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47
XI. RESULTADOS.....	48
XII. DISCUSION	55
XIII. CONCLUSION.....	57

XIV. GLOSARIO 58

XV. BIBLIOGRAFIA 59

ANEXOS 65

 ANEXO A. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL..... 65

 ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 67

 ANEXO C. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES 68

 ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL 71



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Categorías distribuidas en el Test de funcionalidad familiar FF-SIL.....27
Tabla 2. Nominación cualitativa del instrumento FF-SIL.....27
Tabla 3. Estadísticos descriptivos acerca de la edad de las pacientes.....48
Tabla 4. Distribución de frecuencias de las categorías del FF-SIL.....54

INDICE DE FIGURAS Y GRAFICOS

Figura 1. Representación de la patología de frontera.....19
Figura 2. Representación de la patología de triángulos.....20
Figura 3. Representación de la coalición progenitor-hijo.....20
Figura 4. Modelo Circunflejo (adaptado de Olson et. al. 1989).....25

Gráfico 1. Distribución de las pacientes según su edad.....49
Gráfico 2. Distribución de pacientes entre 40-65 años.....49
Gráfico 3.1. Distribución de frecuencias según escolaridad.....50
Gráfico 3.2. Distribución de porcentajes según escolaridad.....51
Gráfico 4. Distribución de las pacientes según su estado conyugal.....52
Gráfico 5. Distribución de las pacientes según su ocupación.....53
Gráfico 6. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la percepción de la funcionalidad familiar en las pacientes.....54

ACRONIMOS

APGAR familiar, Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos.

BIRADS, stands for Breast Imaging Reporting and Data System.

CNS, Caja Nacional de Salud.

CONAMED, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

E-EFF, Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar.

ENSANUT2012, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

ESFA, Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos.

FACES III, The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales.

FES, Family Environment Scale

FF-SIL, Test de percepción del funcionamiento familiar.

HGZ, Hospital General de Zona.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

NOM, Norma Oficial Mexicana.

OMS, Organización Mundial de la Salud.

SPSS, Statistical Package for the Social Sciences.

STAI, State-Trait Anxiety Inventory.

UMF, Unidad de Medicina Familiar.

UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México.

RESUMEN

Antecedentes: Calle y cols. (2009), “efecto de la depresión en las funciones familiares de pacientes oncológicos” con funcionalidad familiar solo en el 32.5% usando APGAR; Guijarro y cols. (2009), “estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer” con funcionalidad familiar en 47.5% usando FACES III; García y cols. (2009), “funcionalidad familiar en pacientes con cáncer cervicouterino y factores asociados” con adecuada funcionalidad familiar en 72% usando FACES III; Cortés-Funes y cols. (2012), “funcionamiento familiar y adaptación psicológica en pacientes oncológicos” con adecuada funcionalidad familiar según APGAR; Pérez-Cabrera y cols. (2014), “funcionalidad familiar en pacientes con mastectomía radical y mastectomía conservadora” con funcionalidad familiar en 40.7% usando FACES III y 90.1% usando APGAR; Acosta y cols. (2017), “funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama” con funcionalidad familiar en 17% y 46% moderadamente funcional usando FF-SIL. Objetivo: Determinar si se encuentra afectada la percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes. Material y métodos: Estudio no experimental, transversal, descriptivo con un muestreo censal y un tamaño de la muestra de 33 pacientes con mastectomía y alteraciones psicológicas por cáncer de mama adscritas a la UMF No. 1 en el periodo entre 2013 y hasta la fecha. Se evaluó la funcionalidad familiar percibida utilizando FF-SIL. Resultados: El 100% tiene edad entre 40 y 65 años, obteniendo como mínima 42 años y máxima 65. El 80% son casadas o unión libre. El 63.33% son amas de casa. En 14 mujeres la percepción es moderadamente funcional. Según el FF-SIL, hay mayor frecuencia en afectividad con 226 puntos y la más afectada fue la comunicación con un total de 210 puntos. Conclusión: Las pacientes con mastectomía previa por cancer de mama con alteraciones psicológicas secundarias perciben, en la mayoría de los casos, una familia moderadamente funcional. Palabras clave: Funcionalidad familiar, familia, mastectomía, alteraciones psicológicas.

ABSTRACT

Background: Calle et al. (2009), "effect of depression on family functions of cancer patients" with family functionality only in 32.5% using APGAR; Guijarro et al. (2009), "family structure and functioning of children with cancer" with family functionality in 47.5% using FACES III; García et al. (2009), "family functionality in patients with cervical cancer and associated factors" with adequate family functionality in 72% using FACES III; Cortés-Funes et al. (2012), "family functioning and psychological adaptation in oncological patients" with adequate family functionality according to APGAR; Pérez-Cabrera et al. (2014), "family functionality in patients with radical mastectomy and conservative mastectomy" with family functionality in 40.7% using FACES III and 90.1% using APGAR; Acosta et al. (2017), "family functionality and coping strategies in patients with breast cancer" with family functionality in 17% and moderately functional 46% using FF-SIL. Objective: To determine if the perception of family functionality in women with postmastectomy psychological alterations secondary to breast cancer in FMU 1 of the IMSS Aguascalientes delegation is affected. Methods: non experimental traverse, descriptive study with census sampling and a sample size of 33 patients with psychological disorders by mastectomy and breast cancer affiliated to UMF No. 1 in the period between 2013 and to date. The familiar functionality perceived using FF-SIL was evaluated. Results: 100% are between 40 and 65 years old, obtaining a minimum of 42 years and a maximum of 65. 80% are married or a free union. 63.33% are housewives. In 14 women the perception is moderately functional. According to the FF-SIL, there is a greater frequency in affectivity with 226 points and the most affected was the communication with a total of 210 points. Conclusion: Patients with a previous mastectomy for breast cancer with secondary psychological alterations perceive, in the majority of cases, a moderately functional family. Key words: Family functionality, family, mastectomy, psychological alterations.

I. INTRODUCCION

La familia y el estudio de la misma ha tenido un papel fundamental tanto para sentar bases conceptuales como para delimitar el rol de sus miembros y responder a interrogantes sobre sus modos de permear el desarrollo de una sociedad y su constitución o no como institución, a pesar del paso del tiempo.

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía.

Es indudable que, al momento de recibir ese diagnóstico, la vida familiar cambia; en el grupo se produce un impacto psico-emocional tan fuerte, como el de la propia paciente y es frecuente que aparezcan sentimientos de impotencia, ira, culpa, tristeza, ansiedad, dudas y miedos.

En la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes se cuenta con un censo por parte del módulo de epidemiología en el cual se tienen contempladas 72 mujeres con diagnóstico de patología mamaria con BIRADS 3 y mayor de las cuales, 30 personas desde el año 2013 hasta la fecha se cuentan con diagnóstico establecido de cáncer de mama y que han tenido que ser sometidas a mastectomía radical.

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para superar y enfrentar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que a lo largo de la vida se presentan. Por lo tanto, evaluar la misma se ha convertido en un punto álgido de la práctica diaria e integral de la medicina familiar.

Una familia disfuncional o con funciones inconvenientes, es considerada un factor de riesgo, ya que propicia la aparición de síntomas y enfermedades en sus integrantes, debido a que el nexo familiar es tan estrecho, que la modificación de uno de sus miembros puede afectar a los demás.

II. MARCO TEORICO

Posterior a una búsqueda sistematizada en la base de datos de PUBMED, EBSCO, CONRYCIT, con las siguientes palabras clave: funcionalidad familiar, percepción funcionalidad familiar, mastectomía, tratamiento mastectomía, family functioning, FF-SIL, family functioning perception, mastectomy, mastectomy treatment, surgical treatment, se encuentra un artículo en el que se engloban las variables de las cuales se trata este estudio, así como estudios en los cuales se mencionan trastornos psicológicos como consecuencia en las pacientes con mastectomía previa donde se menciona la importancia de la familia para la paciente con mastectomía debido a que estas pacientes en un alto porcentaje presentan alteraciones psicológicas que influyen sus relaciones e interrelaciones familiares.

Antecedentes científicos

Calle y cols. (2009). Desarrollaron un estudio transversal descriptivo titulado Efecto de la depresión en las funciones familiares de pacientes oncológicos del Hospital Obrero No 2 de la CNS, en el cual el objetivo fue determinar los efectos de la depresión en pacientes oncológicos y su repercusión en la Función Familiar, esto mediante la aplicación del Test de depresión de Yesavage y el APGAR Familiar a 100 pacientes hospitalizados. Como resultados obtuvo que el 89% de los encuestados padecían depresión, de los cuales el 68.5% era moderada y el 31.5% grave; en cuanto a la funcionalidad familiar 32.5% presentan disfuncionalidad moderada y 13.4% grave; la relación entre la depresión grave y la funcionalidad familiar no es significativa ya que el 53% de las pacientes con depresión grave cuentan con una familia funcional, el 32% disfuncional moderada y solo el 14% con una familia gravemente disfuncional. Con lo anterior se concluye que las pacientes oncológicas presentan frecuentemente depresión por tanto es imprescindible la familia para superar y aceptar la enfermedad, la disfuncionalidad puede repercutir en forma negativa en el paciente con cáncer. ¹

Guijarro, y cols. (2009). Estudiaron la Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres, realizaron este estudio en la

Universidad de la Laguna en Madrid, España, el cual fue de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Los instrumentos de evaluación utilizados en la investigación y administrados a las madres de los niños enfermos diagnosticados de cáncer fueron escala de clima social familiar (FES), escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III), escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA), cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) y cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28). El tipo de Cohesión Familiar característico de estas familias según las madres es la Separada, representada por diecinueve familias (47,5%). El tipo de Adaptabilidad Familiar más característico en las familias de la muestra, según las madres, es la Estructurada, que incluye a veintisiete familias (67,5%). Concluyeron que las familias de los niños con cáncer, según la percepción de las madres, manifiestan un funcionamiento familiar caracterizado por una menor implicación de los hijos en la dinámica familiar, a partir del factor Sobre los Hijos [T(39)=-6.38; p<0.001; δ =1.00]; una menor Creatividad Familiar [T(39)=-5.35; p<0.001; δ =0.84], implicando una disminución a la hora de compartir el tiempo libre los miembros familiares o estar juntos; una menor Responsabilidad Familiar [T(39)=-3.43; p<0.001; δ =0.54], que supone cierta dificultad en el desempeño de sus roles los miembros familiares; y una menor capacidad de Adaptabilidad Familiar [T(39)=-4.74; p<0.001; δ =0.74], es decir muestra una menor habilidad familiar para cambiar su estructura de poder, los roles y las reglas de relación, en respuesta al estrés derivado de la enfermedad. ²

García, y cols. (2009). En su estudio de tesis titulado Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino y factores asociados, con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad en pacientes con diagnóstico de esta patología y factores asociados, realizaron un estudio observacional, prospectivo, transversal, en el cual se aplicó el Test de Apgar y el FACES III, para evaluar la funcionalidad familiar, así como el Test de Holmes para evaluar las crisis familiares y la Evaluación del sistema conyugal para valorar la funcionalidad de la pareja. Con una muestra de 90 pacientes con diagnóstico de Cáncer cervicouterino in situ o invasor, que acudieron a la Clínica de Displasias y Oncología Quirúrgica del Hospital Regional

de Orizaba, Veracruz, se encontró que 92.2% pertenecían a una familia funcional de acuerdo al APGAR, a diferencia del instrumento FACES III, la tipología familiar más frecuente fue la familia extrema (58.8%), y de acuerdo al modelo circunflejo, el 53.33% de las pacientes presentaba una familia aglutinada-caótica. El 74.4% de las pacientes no presentaban crisis, de acuerdo al Holmes, y el subsistema conyugal reveló que 42.2% son funcionales ($p < 0.05$). El 87.5% de las mujeres menores de 30 años fueron moderadamente balanceadas; en cambio, mujeres mayores de 30 años, con una y más de 3 gestas presentaban familias extremas (55.8% y 54.5%) ($p < 0.05$). El 63.6% de las familias extremas presentaban crisis graves ($p < 0.05$). Las familias de las pacientes son en su mayoría de tipo extremo, a pesar de ello presentan adecuada funcionalidad familiar. ³

Morales Olivera y cols. (2010). En su estudio llamado “Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama” realizado por Morales Olivera y cols. en la unidad de medicina familiar No. 36 en Puebla, México, teniendo como objetivo proponer la implementación de la reconstrucción mamaria inmediata después de la mastectomía, no incluida en el tratamiento integral del cáncer de mama en México; incluyeron a 30 mujeres entre 30 y 60 años y dividieron su universo de trabajo en 3 grupos. En el primer grupo incluyeron a mujeres sanas que cubrieron los requisitos para ser donantes de sangre, en el segundo grupo incluyeron a mujeres sometidas a mastectomía y reconstrucción mamaria inmediata, y en el tercer grupo a pacientes con cáncer mamario sin reconstrucción. Al primer y tercer grupo se les aplicó el cuestionario de Hamilton para depresión y ansiedad y al segundo grupo se le aplicó el mismo instrumento antes y después de la cirugía. Se analizó por medio de Chi cuadrada para variables nominales (estados de depresión y ansiedad) y análisis de varianza para variables continuas. Los resultados arrojados informaron que en el primer grupo se encontró depresión menor en el 20% y no hubo depresión en el 80%; en el segundo grupo se presentó antes de la cirugía reconstructiva depresión menor en el 40% y depresión mayor con ansiedad en el 60% y posterior a la cirugía reconstructiva ausencia de depresión en el 30%, depresión menor en el 40% y

depresión mayor con ansiedad en el 30%; En el tercer grupo se encontró depresión menor en el 10% y depresión mayor y ansiedad en el 90%. Por lo cual concluyeron que la reconstrucción mamaria posterior a someterse a mastectomía por cancer de mama es de suma importancia ya que las pacientes que no se la realizan sufren de trastornos psicológicos como ansiedad y depresión en el 90% de ellas. ⁴

Cárdenas Ramírez y cols. (2011). En un estudio nombrado “Papel de la familia en el proceso de recuperación de mujeres post-mastectomía” realizado por Cárdenas Ramírez et. al. en el Hospital de la Mujer del Distrito Federal en el año 2011, el cual tenía como objetivo analizar el papel de la familia en la experiencia de la mastectomía a partir del discurso de siete mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Las mujeres generaron estrategias de afrontamiento como el establecimiento de una red social de apoyo, búsqueda de información, comunicación y expresión de sus sentimientos, formulación de proyectos de vida y aceptación de la situación en la que se encuentran, en todo lo anterior la familia participó activamente para que las mujeres y ellos mismos pudieran tener un manejo pertinente de la enfermedad. Dentro de lo que representaba un ambiente negativo que acompañaba la enfermedad y su feroz curación, apareció la familia como un protector a todas estas vicisitudes. Fueron sus miembros, los que aparecieron uno a uno dentro del discurso de la mujer mastectomizada: el esposo, hijos, cuñadas, entre otros, quienes formaron redes de apoyo que permitieron un emparejamiento al apoyo de la salud pública. ⁵

Cortés-Funes, y cols. (2012). Realizaron un estudio observacional, transversal, en Madrid, España con el objetivo de estudiar el funcionamiento familiar y adaptación psicológica en pacientes oncológicos. El estudio de Funcionamiento Familiar y Adaptación Psicológica en pacientes oncológicos, tuvo como objetivo analizar de qué manera el funcionamiento y el apoyo social de la familia influiría en la adaptación al proceso oncológico, para ello se analizó el tipo de familia, su estructura y el nivel de ajuste psicológico. El procedimiento se basó en la aplicación de una Encuesta de Información Sociodemográfica, y de los test: Escala de

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA, ÍNDICE DE RELACIONES FAMILIARES, INVENTARIO FAMILIAR DE AUTOINFORME Y EL APGAR FAMILIAR. Los resultados obtenidos demuestran una tendencia marcada hacia la funcionalidad en las familias, sobre el 90% de los participantes en total. Existen elevados niveles de similitud en la percepción sobre el funcionamiento familiar entre familiares y pacientes, con un 93,6% en pacientes y un 92,6% en familiares que califican como pertenecientes familias funcionales. ⁶

Pérez Gómez y cols. (2013). Realizaron un estudio nombrado “Percepción de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial de la UMF No. 21” en México, D.F. Éste estudio fue un observacional, descriptivo y transversal e incluyeron a 311 pacientes con HAS. Se aplicó una hoja de datos sociológico, el test de Morisky-Green-Levine y el test FFSIL encontrando que el 82% de los pacientes percibían como funcional su familia y concluyeron que no existe relación significativa entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar. ⁷

Pérez-Cabrera y cols. (2014). En su estudio de tesis titulado Funcionalidad familiar en pacientes con mastectomía radical y mastectomía conservadora, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar en mujeres con cáncer de mama con mastectomía radical y mastectomía conservadora en las Unidades de Medicina Familiar No. 1, 2, 6, 55 y 57 del IMSS, Puebla; realizaron un estudio descriptivo, observacional, transversal; se aplicó el Test de Apgar y el FACES III para evaluar la funcionalidad familiar. Con una muestra de 151 mujeres, edad promedio fue de 53.23, estado civil casada 60.3%, ocupación ama de casa 72.2%, con secundaria completa como nivel escolar predominante con un 25.2% y nivel socioeconómico más frecuente el medio bajo 40.39% por método de Graffar, familia nuclear simple 47.7%, de núcleo integrado 60.3%, con medios de subsistencia el de servicios 55%, de acuerdo al CMMF el ciclo evolutivo se encuentra en etapa de dispersión y fase de desprendimiento con un 46.4%, la técnica quirúrgica más realizada: mastectomía radical izquierda 46.42%. Se obtuvo el mayor porcentaje para la funcionalidad familiar en rango medio 43.7% según el FACES III y por Apgar familias funcionales

90.1% con un chi cuadrada de 13.324 ($p=0.010$), para la evaluación de acuerdo a Apgar con las familias funcionales y la mastectomía radical izquierda, resultando un valor significativo, y para el Rango medio obtenido por el FACES III y la mastectomía radical izquierda un chi cuadrada de 4.656 ($p=0.794$) lo que resulta no significativo estadísticamente. ⁸

Almeida-Souza et al. (2014). En su artículo titulado Family functioning of elderly with depressive symptoms (Funcionalidad familiar de adultos mayores con síntomas depresivos), estudio observacional, transversal, llevado a cabo en las Unidades de Estrategia de Salud de la Familia en Dourados, MS (Brasil), durante el período comprendido entre el mes de noviembre de 2012 a marzo de 2013, con el objetivo de clasificar familias de adultos mayores con síntomas depresivos según funcionalidad y verificar la presencia de la asociación entre tales síntomas, la funcionalidad familiar y la características de los adultos mayores; con una muestra de 374 pacientes adultos mayores, los instrumentos para la recolección de datos fueron un cuestionario para la caracterización sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems y el Apgar Familiar. Como resultado se observó una asociación entre los síntomas depresivos y la disfunción familiar ($OR=5.36$, $p<0.001$), el sexo femenino ($OR=1.87$), cuatro y más personas viviendo en el hogar ($OR=2.26$) y el sedentarismo. Se concluyó que una familia funcional puede representar un apoyo efectivo para los adultos mayores con síntomas depresivos, puesto que ofrece un ambiente de confort que garantiza el bienestar de sus miembros. Una familia disfuncional difícilmente puede brindar la atención necesaria a las personas mayores, lo que puede agravar los síntomas depresivos. ⁹

Ávila, y cols. (2015). Realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo, ideográfico y prospectivo Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos con el objetivo de Evaluar la funcionalidad familiar y la Calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en la unidad de Cuidados paliativos en el Hospital San Juan de Dios y Hospital México, Costa Rica usando el test de APGAR familiar y el QLQ-C30 para calidad de vida. Se encontró que en el

hospital México, el 87.2% de las familias de los pacientes oncológicos son altamente funcionales, y el 90.6% en el hospital San Juan de Dios. En los resultados se rechazó una de las hipótesis debido al grado de funcionalidad familiar que fue similar entre ambos centros, en función a su origen asistencial. ¹⁰

Ruvalcaba y cols. (2016). Realizaron un estudio no experimental, descriptivo, transversal en la Unidad de Medicina familiar No. 1 en Aguascalientes, Ags. para medir la Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar, en los pacientes con trastorno depresivo en control. Dicho estudio evaluó la funcionalidad familiar utilizando el instrumento FACES III. Se realizó con una muestra de 39 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, con 3 meses y menos de 1 año en control de su patología de los cuales el 82.1% de los pacientes cuenta con una familia funcional y el 17.9% de los casos posee una familia disfuncional. Concluyeron que existe adecuada funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en las familias de pacientes con trastorno depresivo en control. ¹¹

Acosta, y cols. (2017). Realizaron un estudio descriptivo, transversal en Villahermosa, Tabasco llamado Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. El estudio se realizó en las pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en el año 2014-2015 del Hospital General de Zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco. Se entrevistó a las pacientes en la consulta externa de oncología médica y otras en la sala de quimioterapia. Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) el cual mide la percepción del funcionamiento familiar en tanto a la dinámica relacional sistémica. El estudio se realizó en 63 mujeres de las cuales el 46% se evaluaron como familias moderadamente funcionales, y la principal dimensión con alteración en la fue la comunicación en el 30%. El 68% presentaron afrontamiento activo, siendo la resolución de problemas la estrategia más utilizada hasta en el 43% de las pacientes estudiadas. La funcionalidad familiar presentó relación estrecha con el

afrentamiento activo ($p=.000$) y la alteración de la dimensión de comunicación familiar presentó relación positiva con el afrontamiento negativo. Con estos resultados, concluyeron que las estrategias de afrontamiento activo son las más utilizadas en las mujeres con cáncer de mama, siendo la resolución de problemas la que predomina en la mayoría de las pacientes, la cual se encuentra relacionada con factores como la edad, escolaridad y estado civil. La adecuada funcionalidad familiar demostró ser un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo en las mujeres con cáncer de mama, por tal motivo la evaluación y fortalecimiento al interior del núcleo familiar permite afrontar de manera efectiva su enfermedad. ¹²

Modelos y teoría que fundamentan las variables

La familia

A lo largo de la historia, la familia y el estudio de la misma ha tenido un papel fundamental tanto para sentar bases conceptuales como para delimitar el rol de sus miembros y responder a interrogantes sobre sus modos de permear el desarrollo de una sociedad y su constitución o no como institución, a pesar del paso del tiempo.

¹³

La definición más aceptada y referenciada en el ámbito de la atención a la salud, es la que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien define a la familia como: “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”. ¹⁴

La Real Academia Española define el término familia como: Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas//Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje//Conjunto de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia común. ¹⁵

Para autores como Ackerman, “la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud”, afirmando que durante muchos años se ha dirigido la medicina a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta, siendo que las relaciones existentes entre la personalidad del individuo y los procesos de la dinámica del grupo de vida familiar, constituyen un eslabón primordial en la cadena de causalidad de los estados de enfermedad y salud. ¹³ Por tal motivo, se han estudiado a lo largo de los años los integrantes de cada familia dentro del llamado sistema familiar, el cual, lleva a cabo sus funciones a través de otros subsistemas también organizados, siendo por generación, sexo, intereses o funciones específicas. Los principales subsistemas en la estructura familiar son: ¹⁶

- Subsistema conyugal, el cual se constituye por la pareja, quienes se unen con la intención de formar una familia. Las cualidades que requieren para la implementación de su labor son la complementariedad y la acomodación mutua. Cada integrante de la pareja debe ceder parte de su individualidad para lograr así un sentido de pertenencia a la nueva familia. ¹⁶
- Subsistema paterno-filial, en este subsistema, que surge a partir de la llegada del primer hijo, es necesario de reorganizar los límites y las funciones familiares, con la finalidad de satisfacer otras necesidades, sin renunciar al rol dentro del subsistema conyugal. ¹⁶
- Subsistema fraterno, constituido por los hijos, como su nombre lo dice, es el entorno social donde los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales, aprendiendo a negociar, compartir, cooperar y competir. ¹⁶

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio; y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros. ¹⁷

Ciclo vital familiar

El ciclo vital familiar implica atravesar por etapas necesarias de acuerdo a los momentos evolutivos de la familia, y también de los desarrollos y aportes personales de quienes la conforman. Por consiguiente, dicho ciclo muestra el cambio de las necesidades del grupo a lo largo de su desarrollo, a las cuales articula en todo momento las demandas que se hacen con respecto a: a) el sexo de cada individuo, b) su generación de pertenencia, bien sea nueva o antigua, y c) las propias de la vida, tales como las derivadas de procesos evolutivos, así como las sociales, afectivas y personales en un contexto determinado.¹³

El ciclo vital familiar se define como el tiempo en el que los subsistemas se desarrollan. Según Geyman, éste ciclo presenta 5 fases identificadas, las cuales se basan principalmente en el primogénito y se dividen de la siguiente forma:¹⁸

1. Matrimonio: inicia cuando se une la pareja y termina con la llegada del primer hijo.¹⁸
2. Expansión: comienza con la llegada del primer hijo y termina cuando éste mismo entra a la escuela e inicia la convivencia fuera del núcleo familiar (socialización secundaria).¹⁸
3. Dispersión: inicia con la socialización secundaria y termina con la salida de uno de los hijos del núcleo familiar.¹⁸
4. Independencia: comienza con la salida del primero de los hijos del hogar y termina con la salida del último, sin expectativas de que regresen al núcleo.¹⁸
5. Retiro y Muerte: inicia cuando el último de los hijos sale del núcleo familiar y termina con la enfermedad, invalidez, jubilación o muerte de alguno de los conyugues.¹⁸

Funciones de la familia

Hablando propiamente del sistema familiar, existen también funciones básicas ya establecidas, las cuales, al llevarse a cabo, determinan que los integrantes del mismo tengan mayores posibilidades de alcanzar su máximo desarrollo, sirviendo básicamente a dos objetivos principales; uno interno, la protección psico-social de sus integrantes; y el otro externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura a sus descendientes. ¹⁹

Las dificultades de convenio que tienen las familias, están relacionadas con su capacidad para llevar a cabo las funciones básicas que la sociedad tiene para ellas. Son cinco las funciones básicas de la familia: ¹⁹

1. Socialización. Interacción mediante la cual se aprenden los valores sociales y culturales que hacen de cada integrante un miembro activo de su familia y de la sociedad. ¹⁹
2. Cuidado. Significa cubrir de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud, etc. para cada uno de sus miembros. ¹⁹
3. Afecto. Es la más importante, porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar, y un sentido de aceptación. ¹⁹
4. Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad: Reglamenta el ambiente sexual y reproductivo a través de tres ejes: la interacción sexual adulta, la educación sexual y el control de la natalidad. ¹⁹
5. Estatus y nivel socioeconómico. Responsable de abastecer las necesidades económicas, materiales y las experiencias que permiten al individuo asumir una vocación y un rol, en grupos que sean compatibles con sus expectativas.

¹⁹

Funcionalidad familiar

Las familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos.²⁰ Se adquiere cuando los objetivos familiares o sus funciones básicas se cumplen cabalmente, y cuando se logra formar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante comunicación apropiada y respeto de las relaciones intrafamiliares.^[18] Sin embargo, su contraparte, la familia disfuncional o con funciones inconvenientes, es considerada un factor de riesgo, ya que propicia la aparición de síntomas y enfermedades en sus integrantes, debido a que el nexo familiar es tan estrecho, que la modificación de uno de sus miembros puede afectar a los demás.¹⁸

Las crisis se definen, como cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que lleva a un estado de alteración y requiere una respuesta adaptativa de la misma. Dichos eventos críticos aumentan la tensión en el grupo familiar, y si no son manejados adecuadamente pueden conducir al desgaste de la salud familiar. El saludable funcionamiento familiar requiere que dichas crisis sean identificadas como problemas potenciales, a fin de tratar de resolverlas de forma favorable. Los eventos críticos pueden ser asociados a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos. Siendo de dos tipos:¹⁶

- Crisis Normativas. Se relacionan con las etapas del ciclo vital de la familia, y siendo definidas como situaciones previstas, o que forman parte de la evolución de la vida en familia.¹⁶

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Crisis Paranormativas. Se definen como sucesos adversos o imprevistos provenientes del exterior. Aunque también existen las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, tales como el divorcio, alcoholismo y actividades criminales, entre muchas otras, las cuales regularmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro evento crítico, ya que se asocian con grandes periodos de disfunción, durante las cuales los integrantes de la familia presentan dificultades de comunicación y para la identificación de los recursos precisos para resolverlas. ¹⁶

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF). ²¹

Para el estudio de estos problemas de salud existen algunos instrumentos básicos para el ESF, entre los cuales pueden mencionarse los siguientes: ^{21,22}

- Historia clínica (instrumento de trabajo clínico de todo médico). ^{21,22}
- Genograma (instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médico pacientes. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia). ^{21,22}
- Clasificación familiar (permite identificar desde diversas perspectivas las características de las familias). ^{21,22}

- Ciclo vital familiar (favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias). ^{21,22}
- APGAR familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. Contiene cinco preguntas). ^{21,22}
- FACES III (instrumento de auto aplicación que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar. Contiene 20 preguntas). ^{21,22}
- Índice simplificado de pobreza familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias. Contiene cuatro preguntas). ^{21,22}
- Escala de reajuste social de Holmes y Rahe (instrumento observacional que permite realizar una evaluación cuantitativa de los acontecimientos vitales estresantes. Contiene 43 preguntas). ^{21,22}
- Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Stewart AL de apoyo social (instrumento de auto aplicación que informa sobre el tamaño de la red social a través de cuatro dimensiones de apoyo. Contiene 20 preguntas). ^{21,22}

Teoría de los sistemas

En la década de los sesenta surge La Teoría General de los Sistemas (TGS) en la cual Von Bertalanffy da una explicación de la organización de muchos fenómenos naturales, incluida la familia. Un cambio en una parte del sistema provoca un cambio en todos los demás elementos y en el sistema total. En lo que respecta a los sistemas humanos se habla del sistema relacional, constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades. ^{16,23}

Clasificación de los sistemas: ¹⁶

- Sistemas cerrados: operan con poco intercambio; muchos piensan que estos sistemas son ficticios, ya que no existen en realidad; para efectos prácticos se mencionará que el proceso de respiración es cerrado, en cuanto que no sentimos cada paso que se efectúa para respirar, sin embargo, el sistema se realiza. ¹⁶
- Sistemas abiertos: cada sistema se encuentra inmerso en un sistema circundante, que viene a formar el supra sistema (sistema formado por otros sistemas); así como existe relación entre los elementos del sistema, también la existe entre los sistemas y supra sistema que vienen siendo los elementos o subsistemas (sistemas que son parte de otro sistema mayor). Entonces se dice que el sistema es abierto, ya que recibe influencia del supra sistema. ¹⁶

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran; la familia juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación a medida en la que cumpla con sus funciones básicas. ²³

Modelos de funcionalidad familiar

Modelo de Palo Alto

Según Jackson en 1965, formula un modelo denominado “Modelo de Palo alto” junto con Watzlawick y Weakland en el cual intenta definir la funcionalidad familiar según características de una conducta sintomática de los miembros de la familia las cuales enumera de la siguiente manera: ²⁴

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
1. Los problemas comienzan por una dificultad de la vida cotidiana, generalmente ligada a un momento de transición, que se maneja de una forma pobre. ²⁴
 2. La conducta se hace reiterativa. ²⁴
 3. El contexto social mantiene dicha conducta. ²⁴
 4. El contexto social aplica diferentes soluciones al problema, que lejos de solucionarlo lo perpetua. ²⁴

Modelo estructural

En 1970, Salvador Minuchin realiza un modelo basado en el concepto normativo de la familia atribuyéndose su función adecuada, esto debido a la existencia de límites claros; entre los subsistemas marital, parental y fraternal, los cuales están organizados jerárquicamente. ²⁴

En este modelo existe una distribución adecuada de elementos como: ²⁴

- Jerarquías ²⁴
- Roles ²⁴
- Funciones ²⁴
- Vinculación de sistemas o subsistemas ²⁴

Además, elementos básicos tales como: ²⁴

- Límites ²⁴
- Roles ²⁴
- Jerarquías ²⁴
- Alianzas ²⁴

• Coaliciones ²⁴

Hablando propiamente de los límites dentro de este modelo, los define como: Reglas que regulan y definen el flujo de información y energía que ha de ingresar al sistema familiar, así también el grado en el que los extraños pueden acceder al sistema, para mantener el equilibrio armonioso. Son líneas imaginarias que definen los deberes y obligaciones. Las claridades de los límites constituyen un parámetro para evaluar la funcionalidad familiar. Los límites, a su vez, en este modelo, son subclasificados como: ²⁴

- Límites difusos: Son difíciles de determinar, porque no definen reglas de interacción, es característica de las familias aglutinadas. ²⁴
- Límites rígidos: Son difíciles de alterar en un momento dado, es característica de las familias desligadas. ²⁴
- Límites claros: Los límites claros son permeables, fortalecen las jerarquías, se desarrolla el sentido de pertenencia al grupo familiar, existe intercambio de información con otros sistemas. ²⁴

Halando propiamente de los roles, se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna funciones necesarias. Es la única manera de organizar la estructura de la familia. ²⁴

La jerarquía define la función del poder y la diferenciación de roles de padres e hijos y fronteras entre generaciones. ²⁴

La alianza es definida como el interés compartido por dos miembros de la familia, se hace referencia a uniones relacionales positivas entre ciertos miembros del sistema familiar. ²⁴

La coalición se refiere a la unión de dos o más miembros en contra de un tercero, en acuerdos mutuos se benefician frente a un tercero. Cuando las coaliciones

traspasan las fronteras generacionales, se produce una perturbación en la jerarquía familiar.²⁴

Además, en este modelo se menciona el término de patología familiar definido como un déficit en las negociaciones acertadas de las presiones que se dan en el sistema familiar. Existen 4 tipos de patologías:²⁴

- Patología de frontera: Se da cuando la conducta de límites o fronteras en los participantes de un subsistema se vuelven inadecuadas, por el incremento de rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras e impiden el intercambio entre los subsistemas.²⁴

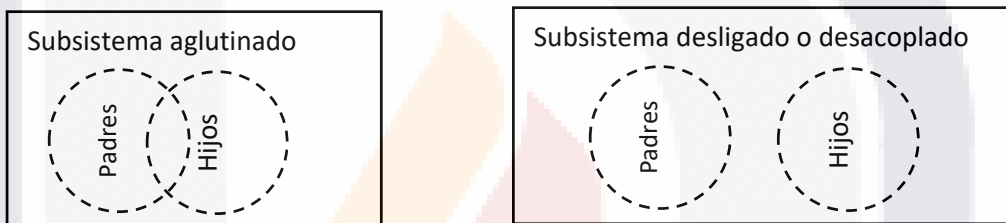


Figura 1. Representación de la patología de frontera.²⁴

- Patología de alianzas o coaliciones: Se refiere a la desviación del conflicto, en ella existe un chivo emisario y coaliciones intergeneracionales inadecuadas. Las patologías de alianzas son de dos tipos:²⁴
 - Desviación del conflicto: Los padres no aceptan conflictos entre ellos, pero se unen en contra de un hijo o subunidad de hijos.²⁴
 - Coaliciones intergeneracionales: Es la estrecha alianza de un progenitor con un hijo en contra de otro progenitor. Las coaliciones temporales están exentas de patologías.²⁴
- Patología de triángulos:²⁴
 - Triangulación: Señala que los progenitores están en conflicto manifiesto e intentan ganar el apoyo de un hijo connota un conflicto de lealtades.²⁴

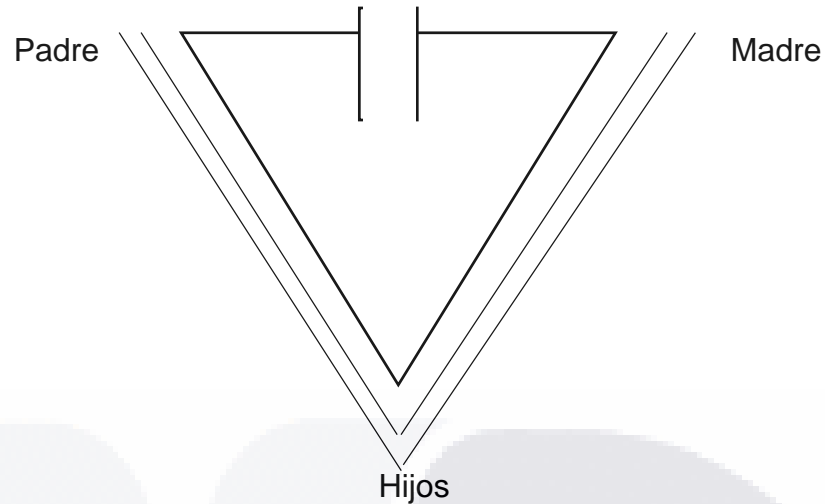


Figura 2. Representación de la patología de triángulos. ²⁴

- Coalición progenitor-hijo: Es un conflicto parental visible. Uno de los progenitores se alía a los hijos contra el otro progenitor. ²⁴

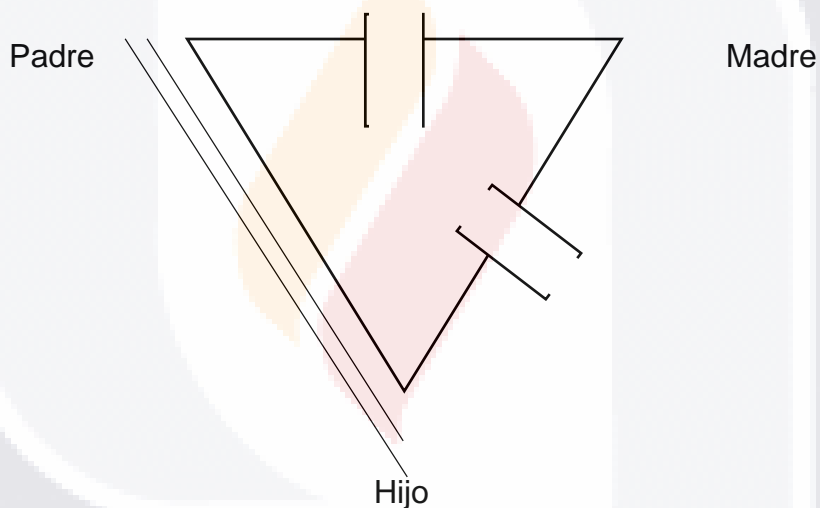


Figura 3. Representación de la coalición progenitor-hijo. ²⁴

- Patología de jerarquías: Es la fuente más destructora de la estructura familiar. Es una forma especial de patología de alianzas. Frecuentemente se observa cuando el padre desempeña el rol de ama de casa y la madre sale a trabajar fuera del hogar. ²⁴

Modelo de funcionamiento familiar de McMaster

Modelo propuesto en 1962 por Nathan B. Epstein, Lawrence M. Baldwin y Duane S. Bishop, en este se aprecia una conceptualización de las familias clínicamente

orientada, presenta un enfoque sistémico y apoya la idea de que ello es un factor importante para determinar la salud emocional de los miembros de la familia como individuos; surge para describir las propiedades estructurales y organizacionales de la familia, así como los patrones de transacciones que distinguen entre familias saludables y no saludables. ²⁵

Para evaluar a las familias se utiliza un instrumento llamado Family Assessment Device (FAD) (1983), ofrece una amplia variedad de dimensiones clínicamente significativas y consta de seis escalas, que son: ²⁵

1. Resolución de problemas. Resolver situaciones que amenazan la integridad y capacidad funcional de la familia. ²⁵
2. Comunicación. Intercambio de información entre los miembros de la familia. ²⁵
3. Roles. Asignación de tareas de manera clara y equitativa y la realización responsable de las mismas. ²⁵
4. Respuestas afectivas. Medida en la cual los miembros familiares individuales son capaces de experimentar el afecto apropiado dentro de un rango de estímulos. ²⁵
5. Involucramiento afectivo. Medida en la cual los miembros familiares están interesados en actividades y preocupaciones mutuas, así como el valor que le otorgan a estas. ²⁵
6. Control conductual. Evalúa la forma en que la familia expresa y mantiene los estándares de la conducta de sus miembros. ²⁵

Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel

Instrumento de evaluación psicológica y familiar, desarrollado por la Dra. en psicología y terapeuta familiar Emma Espejel Aco en 1997, en conjunto con sus

colaboradores; esta escala incluye algunas de las categorías de los Modelos Estructural, de McMaster y el Dinámico Estructural. Está conformado por 40 reactivos que investigan nueve áreas del funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia:²⁶

1. Roles: expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro de la misma.²⁶
2. Jerarquía: dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando.²⁶
3. Centralidad: se refiere al miembro de la familiar en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares.²⁶
4. Límites: fronteras entre generaciones.²⁶
5. Alianzas: asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia.²⁶
6. Comunicación: intercambio de información y conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.²⁶
7. Modos de control de conducta: patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de lo bueno y lo malo.²⁶
8. Afectos: manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar.²⁶
9. Psicopatología: cuando los conflictos no se resuelven.²⁶

Los criterios de calificación incluyen la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia, la clase socioeconómica y cultural y la estructura familiar.²⁶

Modelo circunflejo de Olson

Este modelo fue ideado por David H. Olson y sus colaboradores, desarrollado con la intención de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con familias; de tal forma que plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar como son: cohesión, adaptabilidad y comunicación. ¹⁶

Cohesión: Puntualizada como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. De tal forma que evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. ¹⁶

Adaptabilidad: Se define como la habilidad de la familia para cambiar su estructura jerárquica, los roles y las reglas, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo familiar. ¹⁶

Comunicación: Esta última dimensión, es la encargada de facilitar el movimiento de la cohesión y adaptabilidad, siendo un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. ¹⁶

Algunas de las características propias de cada nivel familiar se mencionan a continuación: ²⁷

- Dispersa: Separación emocional y afectiva extrema, falta de lealtad familiar, sin interacción entre sus integrantes, toma de decisiones de forma independiente, intereses distintos. ²⁷
- Separada: Separación emocional, de forma esporádica se manifiesta lealtad familiar, presenta límites claros, el tiempo individual es importante, pero se pasa parte del tiempo juntos, con espacios separados compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente o en conjunto, los intereses son distintos. ²⁷
- Conectada: Existe cercanía emocional, se espera lealtad familiar, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, con límites claros, la necesidad de separación es respetada, toma de decisiones en forma conjunta, intereses comunes. ²⁷

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Aglutinada: Extrema cercanía emocional, demanda lealtad familiar, la dependencia entre sus integrantes es marcada, se dan coaliciones, falta de separación personal, están juntos la mayor parte del tiempo, las decisiones son grupales. ²⁷

Siendo que la interacción entre ambas dimensiones, cohesión y adaptabilidad son las que condicionan el funcionamiento familiar, y cada una de estas dimensiones posee cuatro niveles, la correlación entre éstos determina 16 tipos de familias, integradas a su vez, para una mejor comprensión, en tres sistemas de funcionamiento familiar: ¹⁶

- a) El sistema familiar balanceado o equilibrado. De acuerdo al modelo circunflejo es el más adecuado para la funcionalidad familiar, y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada. ¹⁶
- b) El sistema familiar medio o moderado. Corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: caóticamente separada, caóticamente conectada, flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada. ¹⁶
- c) El sistema familiar extremo o sin equilibrio. El cuál es el menos adecuado para la funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo, y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada. ¹⁶

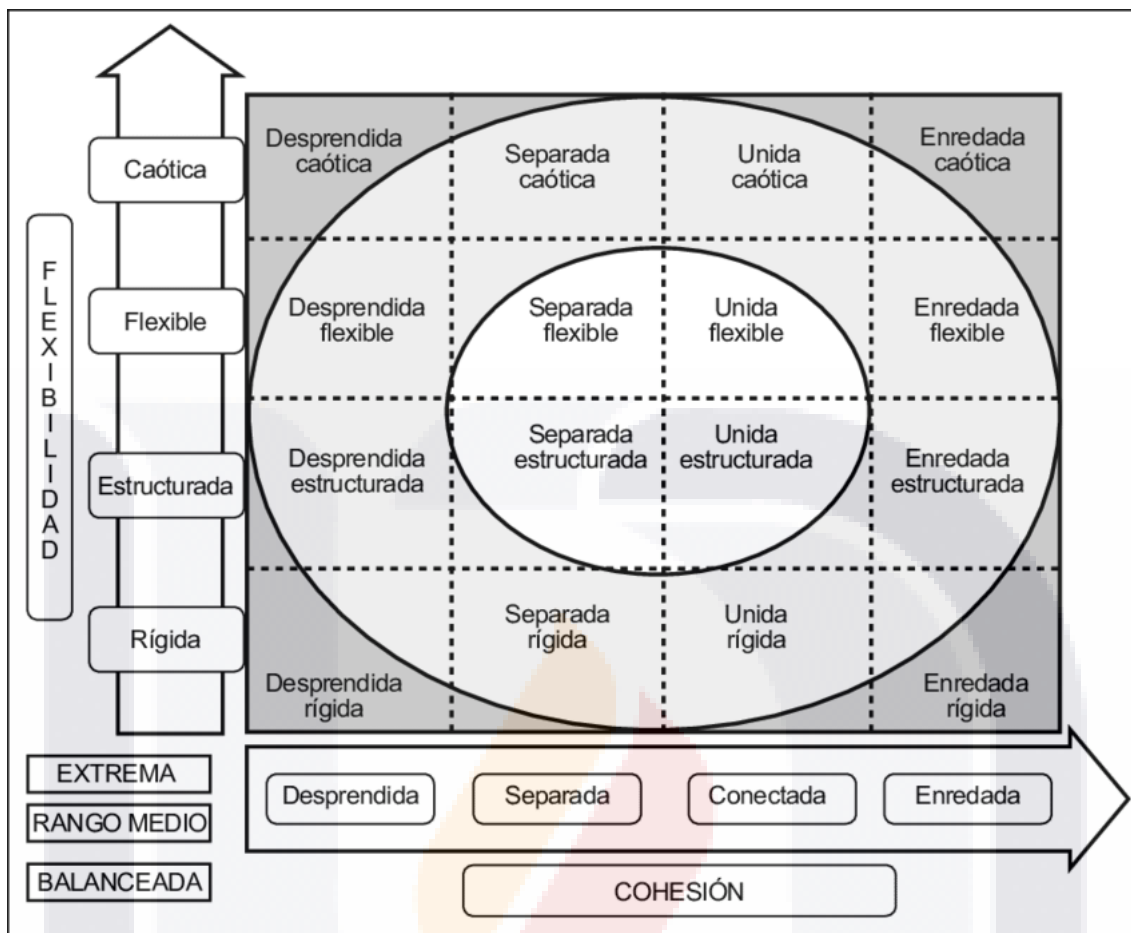


Figura 4. Modelo Circunflejo (adaptado de Olson et. al. 1989).¹⁶

Percepción de la funcionalidad familiar (FF-SIL)

Según la Real Academia Española, la percepción se define como: *“Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.”*¹⁵

A partir de los años sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, se fundamenta en la denominada teoría general de los sistemas, esta considera al sistema, como un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, y su función, es más, que la simple suma de ellos. Así entonces, en esta interacción dinámica, lo que le acontece a uno, afecta al otro y al grupo.¹⁶

El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través del cumplimiento de las funciones básicas y la dinámica de las relaciones internas. La evaluación del funcionamiento familiar puede realizarse con cada uno de estos aspectos por separado o en forma integrada. La dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. La Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL, es un instrumento sencillo, y de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad. Las categorías de la dinámica de las relaciones internas que se evalúan mediante su aplicación son: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.²⁸

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, en donde se valora un total de 14 cuestionamientos familiares, correspondiéndoles un valor de 2 a cada una de las siete variables que mide el instrumento. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que ésta a su vez tiene una escala de puntos, la aplicación del instrumento mostrará el grado de disfuncionalidad y se podrá identificar el área afectada.²⁸

- a) Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.²⁸
- b) Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.²⁸
- c) Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.²⁸
- d) Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.²⁸
- e) Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.²⁸

- f) Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. ²⁸
- g) Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones. ²⁸

Categorías	Ítems
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12

Tabla 1. Categorías distribuidas en el Test de funcionalidad familiar FF-SIL. ²⁸

Se utiliza una escala de Likert y se designa una puntuación entre 5 y 1: casi siempre (5 puntos), muchas veces (4 puntos), a veces (3 puntos), pocas veces (2 puntos) y casi nunca (1 punto). La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems, quedando de la siguiente manera: ²⁸

De 70 a 57	Familia funcional
De 56 a 43	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28	Familia disfuncional
De 27 a 14	Familia severamente disfuncional

Tabla 2. Nominación cualitativa del instrumento FF-SIL. ²⁸

Mastectomía

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía. ²⁹

La cirugía, es considerada como un procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama, es indicada para la enfermedad multicéntrica y algunos carcinomas ductales in situ.²⁹

Siguiendo esta misma línea, la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos. Se puede hablar de una mastectomía uni o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación.³⁰

Dicha mutilación, desemboca diferentes conflictos, ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, entre otros.³¹

Mastectomía radical

Conocida como mastectomía radical de Halsted y de Meyer, es la clásica mastectomía, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos. Ha sido el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de mama hasta hace 25 años.³²

A la mastectomía radical se asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, bien de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica que se reforzaba con fascia lata o mallas.³³

Impacto psicológico de la mastectomía secundaria a cancer de mama

Por medio de relatos de pacientes mastectomizadas, Pires y Norbe en el año 2003 encontraron que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad.^[34] Esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, es por eso que, ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, puesto que física y visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mientras una paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta.³⁵

En un estudio realizado por Engel, Kerr, Schlesinger, Sauer y Hölzel durante el 2004, se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado síntomas depresivos y estos se correlacionaron con el estrés, pues existían percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos y eventos estresantes como el nivel socioeconómico.³⁶

Otro aspecto importante, mencionado en el estudio de Engel et al. es en el aspecto emocional, pues es conveniente considerar que la edad es un factor determinante, pues se ha visto que las pacientes jóvenes se preocupan más por las cuestiones financieras y sobre su salud en el futuro, también tienden a tensarse y deprimirse con mayor frecuencia.³⁶

Alteraciones psicológicas de las mujeres mastectomizadas por cancer de mama

La mastectomía, extirpación quirúrgica de la mama, con el fin de tratar enfermedades del tejido mamario, como el cáncer de mama, es una decisión dramática e irreversible que afecta a cada paciente sometida y a quienes comparten diariamente junto a ellas; su familia, sus amigos, su compañero, demostrando así un contagio emocional que en la mayoría de los casos es negativo.³⁷

Las reacciones emocionales en las mujeres sometidas a mastectomía no solo se presentan por el hecho de afrontar a una enfermedad compleja como es el cáncer sino también por la intervención a la que es sometida, el hecho de extirpar una mama o las dos es un impacto fuerte para la vida de una mujer, debido a que se mutila un órgano, que conlleva a la alteración de la imagen corporal.³⁷

Luego de la cirugía suele aparecer un síndrome depresivo más o menos latente que se manifiesta generalmente a los tres meses, permaneciendo algunos años. La sintomatología que se presenta en estos síndromes está dada por: alteración de la

imagen corporal, disminución de la libido (36% de los casos de mastectomía y 6% de los casos de tumerectomía), repliegue sobre sí misma, ideas autolíticas, convicción de ser incapaz de agradar o gustar y dificultad en reanudar la vida sexual.

37

Papel de la familia en mujeres postmastectomía

En la antigüedad existió el mito de las amazonas, mujeres que se mutilaban un seno para portar con mayor destreza el arco, las flechas y lanzas durante las batallas. Para ellas, la familia era su principal motivo de lucha (protegerla, cuidarla y mantener la integración de sus miembros) y figuraba entre sus prioridades. La palabra amazonas del griego amazwn significa "las que no tienen seno". En nuestro presente nos encontramos con las nuevas amazonas, mujeres guerreras que luchan por derribar prejuicios, mujeres que libran batallas en el escenario de su cuerpo, de la sociedad y la cultura, mujeres que pelean con y por su familia en relación a una condición: el cáncer de mama.³⁸

Realizarse una mastectomía sitúa al cuerpo de las mujeres en una escena central, ya que, en la actualidad, las representaciones del cuerpo enfermo entran en fricción con cierto ideal del cuerpo perfecto, sin grietas y sin fallas, estereotipo predominante en nuestra cultura. El cambio físico que implica la mastectomía, también abarca el campo emocional, social y cultural, puesto que el despojar a una mujer de algo tan propio como son sus pechos implica verlos a éstos no sólo como instrumentos para alimentar, sino que también forman parte de la feminidad propia de la mujer; no sólo es saber que se tiene una enfermedad potencialmente mortal, involucra también el miedo a la mutilación, al rechazo de la pareja y de la sociedad.³⁹

La familia es responsable del mantenimiento de la salud y la conservación de la calidad de vida de sus miembros; cuenta con factores socioculturales propios que determinan la interacción de los miembros entre sí, lo cual, ocasiona cambios característicos en su composición y organización que influyen positiva o negativamente en la salud de sus miembros, debido a que, la cohesión familiar tiene

que ver con las relaciones entre los miembros de la familia, de tal manera que los conecta a través de un vínculo afectivo.⁴⁰

Es indudable que, al momento de recibir ese diagnóstico, la vida familiar cambia; en el grupo se produce un impacto psico-emocional tan fuerte, como el de la propia paciente y es frecuente que aparezcan sentimientos de impotencia, ira, culpa, tristeza, ansiedad, dudas y miedos. Pero, tal como se ha mencionado, estas reacciones varían de una familia a otra y dependen de la calidad en que se manifiesten algunos factores en el grupo: la economía, el número de familiares dispuestos a apoyar y sus vínculos, nivel cultural, medio social en que viven, el estado de salud de la, o las personas que cuidan y el régimen y horario de trabajo que tengan los cuidadores.⁴¹

El impacto del cáncer y sus tratamientos oncológicos, limitan la vida social, familiar y personal de las pacientes, de ahí la importancia de intervenir en estas problemáticas con el fin de lograr un reconocimiento de la nueva imagen corporal y, por ende, mejorar la calidad de vida las pacientes mastectomizadas y disminuir el sufrimiento emocional que presentan.⁴¹

Modelo de Callista Roy en mujeres mastectomizadas por cancer de mama

En el año 2014 se realizó un estudio con el objetivo de determinar las experiencias que tenían las mujeres mastectomizadas en cuanto a su adaptación en base con el modelo de Callista Roy. El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.⁴²

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:^[42]

- Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.⁴²

- Meta: que el paciente se adapte al cambio. ⁴²
- Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total. ⁴²
- Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona. ⁴²
- Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación. ⁴²

En el estudio mencionado, se consideró el análisis temático obteniéndose tres categorías las cuales fueron: Adaptación a la nueva imagen, Mis roles y el modo de adaptación con sub-categorías de rol mujer y rol trabajadora, y mi familia y mi adaptación de interdependencia. Se llegó a la consideración final de que las mujeres mastectomizadas reconocen que esta enfermedad además de traer gastos económicos, les produce un desgaste físico y emocional en sus vidas; por lo que su adaptación a una nueva vida tras el cambio físico percibido no es fácil de llevar. ⁴²

III. JUSTIFICACION

Es ya conocido ampliamente las crisis familiares que se presentan posterior al diagnóstico de una enfermedad crónica como es en este caso hablando específicamente del cáncer de mama, si a esto se agrega el hecho de tener que someterse a un procedimiento quirúrgico terapéutico como lo es la mastectomía tanto conservadora como radical, se puede agregar una segunda crisis familiar la cual tiene mayor impacto tanto en la paciente que se somete como con su familia, lo cual ya está demostrado desde hace varios años, el hecho del impacto psicológico, sexual, social y familiar que padece una mujer posterior a una mastectomía debido a la imagen corporal que se tiene desde a lo largo de los años, por lo cual, ésta investigación espera mostrar la percepción en la funcionalidad familiar en las pacientes que se someten a mastectomía que, a pesar de que ya existe información sobre la adecuada funcionalidad familiar en pacientes con cáncer de mama, se engloba en la mayoría de todos los estudios la clasificación de “moderadamente funcional” como si fuera dentro de las familias “funcionales” lo cual

es inadecuado ya que al poseer una segunda crisis familiar la paciente por la mastectomía, es probable que de ser una familia “moderadamente funcional” se vaya a ser una “familia disfuncional” ya que se tiene el mismo riesgo de ser funcional como disfuncional en este rubro, por lo cual existe controversia que, de ser demostrada, puede servir ampliamente para que se demuestre una inadecuada percepción de la funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar es un punto álgido en la evolución de las patologías de un individuo, debido a que en el seno de una familia funcional se posee mayor apego a los procedimientos terapéuticos y por ende existe mejoría en la calidad de vida y pronóstico funcional, por esto se convierte en una necesidad el valorar dicha funcionalidad en todos los pacientes para poder realizar intervenciones y modificar los elementos disfuncionales de la familia. Si estudiamos a un solo miembro de la familia conoceremos el sistema en su conjunto y si este miembro es modificado se realizarán cambios en la estructura familiar como sistema no de manera individual. Por este motivo, es de importancia la realización del presente estudio en nuestra población de estudio y en general, para con esto lograr identificar si se encuentra afectada la percepción de la funcionalidad familiar en ellas y en estudios posteriores quizás sea interesante la realización de una intervención para eliminar esta disfunción, y con ello, mejorar la estabilidad psicológica de las pacientes, ya que también se encuentra relacionada con el entorno social y familiar.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Características sociodemográficas y culturales de la población de estudio

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el estado de Aguascalientes hasta el 2015 cuenta con una población total de 1,316,032 personas, 48.8 % representado por los hombres y 51.2 % por las mujeres. El municipio de Aguascalientes concentra la mayor población, con un total de 877,190 personas, 48.5 % de hombres y 51.5 % de mujeres. El porcentaje de población derechohabiente del IMSS es 55.7%.⁴³

La UMF No. 1 cuenta con una población de 117,950 derechohabientes, 56,332 son hombres y 61,618 mujeres; la población de 20 a 69 años es un total de 72,132 derechohabientes, representado por 33,861 hombres y 38,271 mujeres. ⁴⁴

En la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes se cuenta con un censo por parte del módulo de epidemiología en el cual se tienen contempladas 72 mujeres con diagnóstico de patología mamaria con BIRADS 3 y mayor de las cuales, 30 personas desde el año 2013 hasta la fecha se cuentan con diagnóstico establecido de cáncer de mama y que han tenido que ser sometidas a mastectomía radical.

Panorama de salud

Dentro del núcleo familiar se desenvuelve la enfermedad, ya que la salud de los individuos está influida por la vida familiar y la existencia de una red de apoyo; interactuando tanto el ambiente social y funcional, así como los cambios biológicos del individuo en el control de la enfermedad. ¹⁶

La familia se ha convertido en un complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes; en donde ante factores que alteran la armonía, no sólo afectan al miembro que la sufre, sino que repercuten en todo el conjunto familiar. ¹⁶

Alteraciones psicológicas por mastectomía previa

Aproximadamente un 70% de las mujeres sufren problemas psicológicos, entre los que cabe citar: sentimientos de mutilación y alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, ansiedad, depresión, indefensión, culpa, miedo a la recurrencia y al abandono. ⁴⁵

Mastectomía en México

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres en todo el mundo, con un estimado de 1.4 millones de nuevos casos anuales. En México, ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad, representa el 11.34% de todos los

casos de cáncer; la mortalidad se ha incrementado en 10.9% en los últimos años. La mastectomía radical modificada es el tratamiento más frecuente en pacientes con cáncer invasivo. ⁴⁶

Un dato relevante es que, en México, más del 90% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas, mientras que en sólo 3.7% de las pacientes se identifican en estadios tempranos. La implicación del diagnóstico tardío conlleva a que la principal opción de tratamiento sea la mastectomía, que es la extirpación quirúrgica de la mama. ⁴⁶

La pérdida de un seno se encuentra en gran medida asociada a diversas emociones, como frustración, tristeza, enojo, etc. Sin embargo, diversos autores Fernández, 2004; Gil y Costa, 2005; Deanna, 2004 y Lentz, 2005 coinciden en que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor regularidad trastornos psicológicos tales como ansiedad y depresión. ²⁹

Mastectomía en la UMF No. 1 del IMSS

- En el servicio de epidemiología, hasta el año 2017, se han contemplado 72 mujeres con diagnóstico de patología mamaria con BIRADS 3 o mayor
- De las 72 mujeres con patología mamaria a 30 de ellas en el periodo de 2013 hasta la fecha se les ha realizado mastectomía radical.
- Las 30 pacientes con mastectomía por CaMa tienen entre 40 y 65 años de edad
- Las 30 pacientes que se han sometido a mastectomía por CaMa cuentan con registro de alguna alteración psicológica en el SIMF ya sea por medio del CIE-10 en el registro del diagnóstico o por medio del tratamiento establecido, posterior a que se registra el diagnóstico, así como también posterior a que se sometió al tratamiento quirúrgico.

Panorama del sistema de salud

Guía de práctica clínica “Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de Atención” México: Creada en el 2009 para todos los servicios de salud pública en el país. Forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se desarrolló como parte del Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Esta guía tiene como propósito brindar al médico de segundo y tercer nivel de atención recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible sobre cancer de mama con el fin de estandarizar las acciones sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Guía de práctica clínica “Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cancer de mama en el primer nivel de atención” México: Creada en el 2017 para todos los servicios de salud pública en el país. Forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se desarrolló como parte del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: 1) detectar oportunamente los casos sospechosos de cancer de mama. 2) realizar acciones específicas de tamizaje y referencia oportuna. 3) promover la educación para la salud a pacientes y proveedores de salud de primer nivel de atención.

Guía de práctica clínica “Tratamiento del cancer de mama en segundo y tercer nivel de atención” México: Creada en el 2017 para todos los servicios de salud pública en el país. Forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se desarrolló como parte del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Esta guía pone a disposición del personal de segundo y tercer nivel (es) de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: 1) unificar los criterios sobre las acciones de tratamiento y seguimiento de pacientes

con cancer de mama. 2) establecer los criterios de referencia de pacientes con cancer de mama al tercer nivel y contrarreferencia al primer y segundo nivel.

Guía de práctica clínica “para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama” Colombia: Creada en el 2013 como parte de la reforma integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta guía tiene como objetivo generar recomendaciones para la detección temprana en mujeres, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en Colombia que ayuden a mejorar la eficiencia, la calidad y la oportunidad de la atención, así como reducir la morbilidad y mortalidad de esta patología.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA. Tiene por objeto establecer los criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Guía Clínica de Orientación y Psicoterapia Familiar. Desarrollada en el año 2011, con el propósito de que los profesionales del Instituto Nacional de Rehabilitación pudiesen derivar pacientes a terapia familiar; empero, esta guía también ayuda a los médicos familiares, ya que describe el manejo de los cuestionarios McMaster y Emma Espejel, ambos adecuados para valorar la funcionalidad familiar, aunque cada uno valora aspectos diferentes de la familia.

Descripción de la naturaleza del problema

Se encuentra en la literatura información relacionada a la dinámica familiar en mujeres que fueron sometidas a mastectomía radical en el cual se menciona que ésta misma se encuentra en moderada funcionalidad familiar la cual no se clasifica como funcional ni como disfuncional, sin embargo, en la mayoría de los estudios tales como el de Martínez-Basurto y cols. en 2014, Fernández y cols. en 2004, sobre estas mujeres se menciona que existen alteraciones psicológicas de ansiedad

o depresión principalmente que pueden influir en que la funcionalidad se vea afectada, y, de igual manera, se menciona el papel fundamental de la familia en estas mujeres como red de apoyo ante esta afección tal como menciona Cárdenas-Ramírez y cols. en 2012. Todos los estudios encontrados en relación al tema se encuentran en diseño descriptivo, por lo que se decide conocer cuál es la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes post mastectomía en nuestro contexto.

Descripción de la gravedad del problema

El abordaje de la percepción de la funcionalidad familiar, en las mujeres con mastectomía previa por cáncer de mama en la UMF No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes, reviste su importancia al considerarse que dicha entidad afecta directamente las relaciones familiares, de pareja, el funcionamiento social y ocupacional, frecuentemente de forma negativa, favoreciendo la aparición de crisis familiares y trastornos de la conducta, así como trastornos de psicológicos tales como alteraciones en la percepción de la imagen corporal, y como consecuencia a esto, determinado grado de disfunción familiar y cambios en la calidad de vida de las pacientes y sus familias.

En los estudios analizados, se denota la presencia de descripciones acerca de cómo se encuentra la funcionalidad familiar en pacientes que con cáncer de mama o con mastectomía radical, así como en otras patologías crónicas, que dada esta característica de tiempo, pueden ocasionar en determinado momento, la presencia de crisis familiares principalmente paranormativas; sin embargo, en ninguno de estos estudios se describe la percepción de la funcionalidad familiar, para las pacientes que se sometieron a mastectomía tras el diagnóstico de cáncer de mama.

Considerándose al cáncer de mama, como una de las enfermedades que se encuentran incrementando su incidencia y prevalencia mundial, afectando con ello las actividades diarias de los enfermos, ocasionando por lo tanto, una mayor demanda de los servicios y el gasto en salud de la atención primaria, siendo

palpable esto en nuestras unidades de atención médica, contando con la presencia de la disfunción familiar, se considera necesario continuar con el estudio de los cambios dinámicos desarrollados en los sistemas familiares de los pacientes afectados por dicho padecimiento.

Pregunta de investigación

¿La percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas por mastectomía secundaria a cáncer de mama de la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes se encuentra afectada?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el grado de afectación en la percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes

Objetivos específicos

- Definir las características sociodemográficas de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Determinar el grado de afectación en la cohesión familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Determinar el grado de afectación en la armonía familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Determinar el grado de afectación en la comunicación familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

- Determinar el grado de afectación en la adaptabilidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Determinar el grado de afectación en la afectividad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Determinar la afectación en los roles familiares de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.
- Determinar el grado de afectación en la permeabilidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

VI. HIPOTESIS

Hipótesis alterna

HA. La percepción de la funcionalidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada.

Hipótesis nula

H0. La percepción de la funcionalidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentra afectada

Hipótesis alternas específicas

HA1. La cohesión familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada.

HA2. La armonía familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada.

HA3. La comunicación familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada.

HA4. La adaptabilidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada.

HA5. La afectividad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada.

HA6. Los roles familiares de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentran afectados.

HA7. La permeabilidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada

Hipótesis nulas específicas

H01. La cohesión familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentra afectada.

H02. La armonía familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentra afectada.

H03. La comunicación familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentra afectada.

H04. La adaptabilidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentra afectada.

H05. La afectividad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentra afectada.

H06. Los roles familiares de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentran afectados.

H07. La permeabilidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes no se encuentra afectada

VII. MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio

Estudio no experimental

Tipo de estudio

Transversal, descriptivo

Universo de trabajo

Población de estudio

Población de estudio: Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y con alteraciones psicológicas, sometidas a mastectomía desde el año 2013 hasta la fecha adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes

Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y con alteraciones psicológicas que sean sometidas a mastectomía desde el año 2013 hasta las fechas adscritas a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes
- Edad entre 40 y 65 años
- Con deseos de participar en el estudio y acepten llenar la carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y con alteraciones psicológicas que no se hayan sometido aun a mastectomía
- Mujeres que no deseen participar

Criterios de eliminación

- Pacientes que no llenen adecuadamente el cuestionario o que no completen al menos el 80% del mismo.
- Pacientes que deseen abandonar el estudio

Tipo de muestreo

Se realizará por medio de muestreo censal, debido al número de pacientes con las características de inclusión para este estudio

Tamaño de la muestra: 30 pacientes

Plan de recolección de la información

Se aplicará el instrumento el FF-SIL que consta de 14 ítems, valorados en escala de tipo Likert con respuestas que van de casi nunca (1 punto) a casi siempre (5 puntos). El cual consta de 7 dimensiones, valoradas cada una por dos preguntas: cohesión (1 y 8), armonía (2 y 13), comunicación (5 y 11), adaptabilidad (6 y 10), afectividad (4 y 14), roles (3 y 9) y permeabilidad (7 y 12).

La validez del instrumento se realizó en La Habana, Cuba; en 1994. La estimación de la validez incluyó tres aspectos: la de contenido, la de criterio, y la de construcción. Constituye una prueba de alta confiabilidad de 0.94, lo que demuestra que el test es confiable y estable. En el análisis de la consistencia interna se obtuvo un coeficiente global de 0.88, lo que demuestra que el test es homogéneo, por lo que cabe esperar una alta correlación entre los ítems. Se ha utilizado en varios países, incluso en México.²⁸

Una vez establecidos los criterios de inclusión, exclusión y eliminación en las pacientes con mastectomía previa y alteraciones psicológicas secundarias de la UMF 1 delegación Aguascalientes, se localizarán las pacientes vía telefónica y se realizará una cita de las mismas en el consultorio de epidemiología en una fecha en común para que se firme el consentimiento informado y se aplique el cuestionario.

Plan de análisis

Se realizará para cada variable, medidas de descriptivas como frecuencias y tasas, así como media como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión. Nos apoyaremos en el programa estadístico SPSS V24.

Logística

Posterior a ser aceptado nuestro protocolo de investigación, se procede a solicitar permiso a la Dirección de la UMF 1, para realizar la pesquisa de las pacientes incluidas para este estudio, se les dará cita en el módulo de epidemiología y se le aplicará el cuestionario posterior a la firma de consentimiento informado. Los resultados del cuestionario, se vaciarán en una base de datos en Excel y posteriormente se apoyará con el programa estadístico SPSS V24.

VIII. ASPECTOS ETICOS

Al ser un estudio en el área médica nos apegaremos a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas”, la cual es adoptada por la 18 Asamblea

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

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. En el noveno principio básico, refiere que, en toda investigación en personas, cada participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear; el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.⁴⁷ Se agrega la carta de consentimiento informado.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 13 establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Por lo tanto, se evitarán los juicios o comentarios acerca de las respuestas dadas por el paciente en los cuestionarios, se asegurará su confiabilidad de sus datos. Según el artículo 17, fracción I, esta es una investigación sin riesgo, ya que es un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.⁴⁸

IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

- Residente del tercer año de la especialidad de Medicina Familiar (tesista).
- Investigador principal.
- Bibliotecaria del HGZ No.1.

Recursos tecnológicos

- Laptop.
- Paquete estadístico SPSS y office.

- USB.
- Conexión a internet.
- Base de datos de Conricyt, accesos proporcionado por IMSS.
- Impresora.

Recursos materiales

- Vehículo propio
- Insumos

Recursos	Costo unitario (pesos)	Necesidad	Costo total (pesos)
Computadora	5,000	1	5,000
Hojas blancas	150	1 paquete	150
Impresora	500	1	500
Tóner	400	1	400
Fotocopias	0.50	600	300
Bolígrafos	3	20	60
Lápices	3	20	60
Clips	0.10	300	30
USB	90	1	90
Encuadernado	200	10	2,000
		Total	8,590

Financiamiento

El costo total de la realización de este protocolo quedará a cargo del tesista.

Factibilidad

Nuestro estudio de investigación es factible debido a que consiste en identificar la funcionalidad familiar de las mujeres con alteraciones psicológicas por mastectomía previa secundaria a cáncer de mama con el fin de conocer si existe asociación en sus resultados para el desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable, para la solución de problemas o necesidades de la familia. Así mismo es factible debido a que cumple con el propósito de utilización inmediata y la ejecución de una propuesta. Se encuentra dentro de los términos legales y es posible de realizar en

nuestro entorno social. Existe una necesidad política por los altos costos que conlleva el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama como lo es la mastectomía, no dañará el medio ambiente y dará el beneficio social en nuestra población de estudio, al conocer la importancia de la funcionalidad familiar en su padecimiento y superar el duelo al que se someten posterior a lo mencionado con una red de apoyo, contando con un sustento teórico y metodológico.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Marzo-Abril 2017	Mayo-Junio 2017	Julio-Agosto 2017	Septiembre- Octubre 2017	Noviembre- Diciembre 2017	Enero- Febrero	Marzo-Abril 2018	Mayo-Junio 2018	Julio- Agosto-2018
1. Elección del tema	X								
2. Acopio de información	X								
3. Revisión de la literatura	X								
4. Diseño de protocolo		X							
5. Planteamiento del problema			X						
6. Identificación de antecedentes				X					
7. Justificación					X				
8. Envié el protocolo al comité local						X			
9. Revisión y modificación del protocolo							X		
10. Registro del protocolo							X		
11. Aprobación del protocolo							X		
12. Trabajo de campo								X	
13. Captura y tabulación									X
14. Análisis de los resultados									X

15. Elaboración del informe final										X
16. Discusión de resultados										X

XI. RESULTADOS

Se realizaron un total de 30 encuestas autoadministradas a pacientes con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cancer de mama, adscritas a la UMF 1 e incluidas en el censo de epidemiología de la misma unidad citadas de 10 en 10 con 3 sesiones completando al total de las mismas en estas.

A continuación, se describen los resultados de las variables sociodemográficas:

En la tabla 3 se muestra la media o edad promedio de las pacientes la cual fue de 54.93 años, una mediana de 56 años, una desviación estándar de 7.93 y, así mismo, una edad mínima de 42 años y una edad máxima de 65 años.

Estadísticos		
EDAD		
N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		54,933
Mediana		56,000
Desv. típ.		7,9304
Mínimo		42,0
Máximo		65,0

Tabla 3. Estadísticos descriptivos acerca de la edad de las pacientes

Se observa en el grafico 1 que la totalidad del porcentaje (100%) corresponde a pacientes de 40 a 65 años de edad.

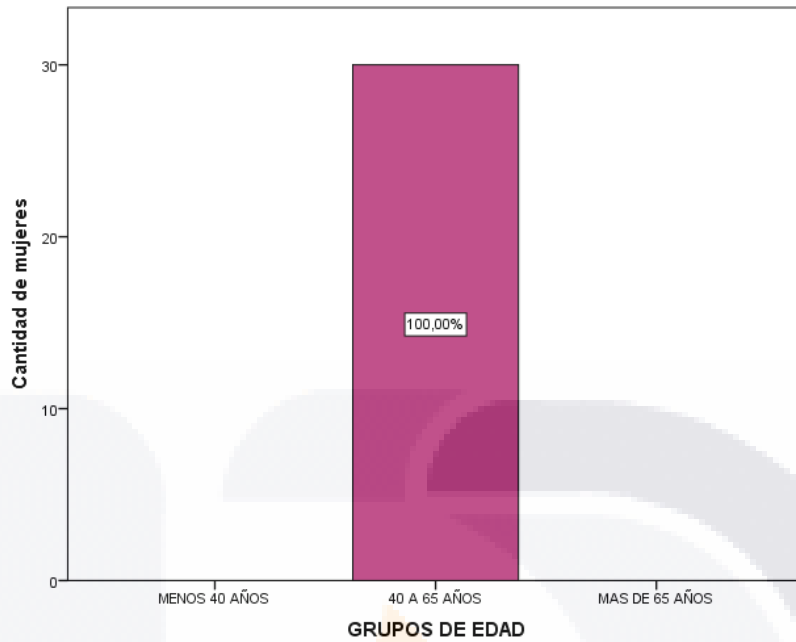


Gráfico 1. Distribución de las pacientes según su edad

En el gráfico 2 podemos observar a la totalidad de estas pacientes entre 40 y 65 años distribuidas según su edad, obteniendo como edad mínima 42 años y edad máxima 65 años y de esta última se obtiene el mayor porcentaje de pacientes, contando con un 20% de ellas con dicha edad.

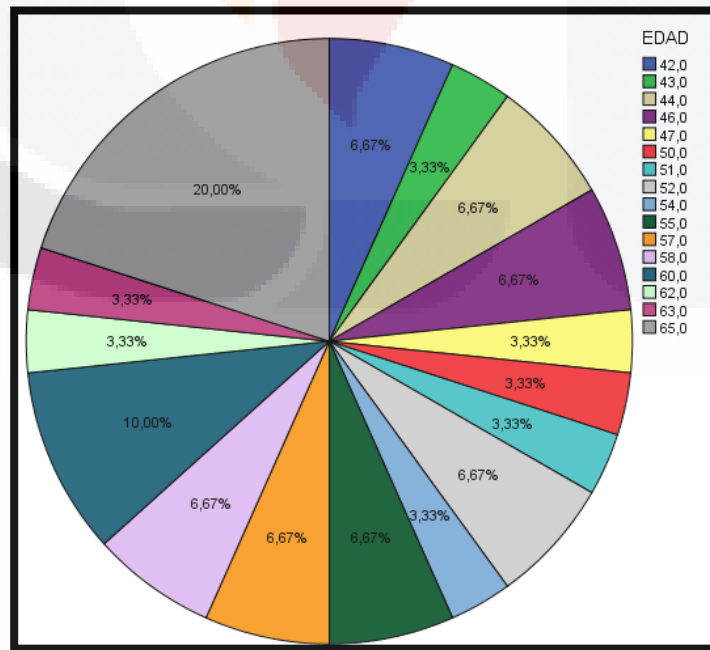


Gráfico 2. Distribución de pacientes entre 40-65 años

En los gráficos 3.1 y 3.2 observamos la distribución de las frecuencias y porcentajes de acuerdo al nivel de estudios que tienen las pacientes con alteraciones psicológicas postmastectomía secundaria a cancer de mama, se obtuvo que el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria con un 60% (18 pacientes), seguido por el nivel de escolaridad preparatoria con un 23,33% (7 pacientes), en tercer lugar el grado de estudio profesional con un 13,33% (4 pacientes), y por ultimo sólo el 3,33% (1 paciente) tienen un nivel de estudio de primaria, ninguna paciente resultó ser analfabeta.

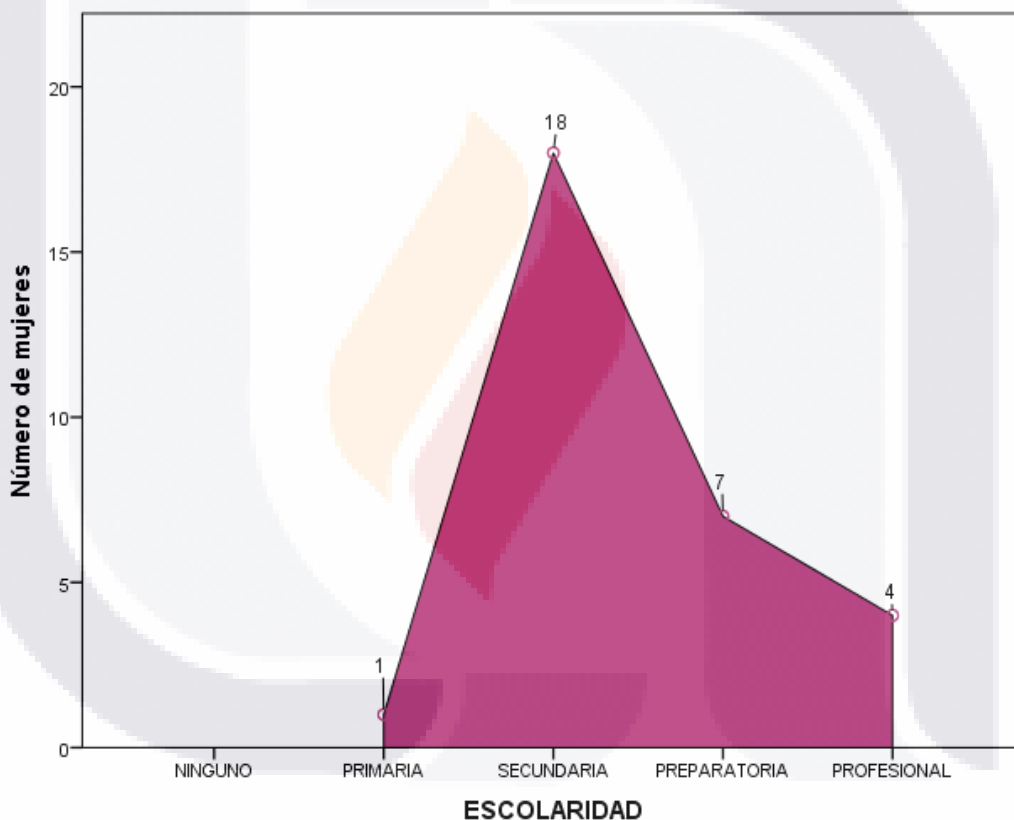


Gráfico 3.1. Distribución de frecuencias según escolaridad

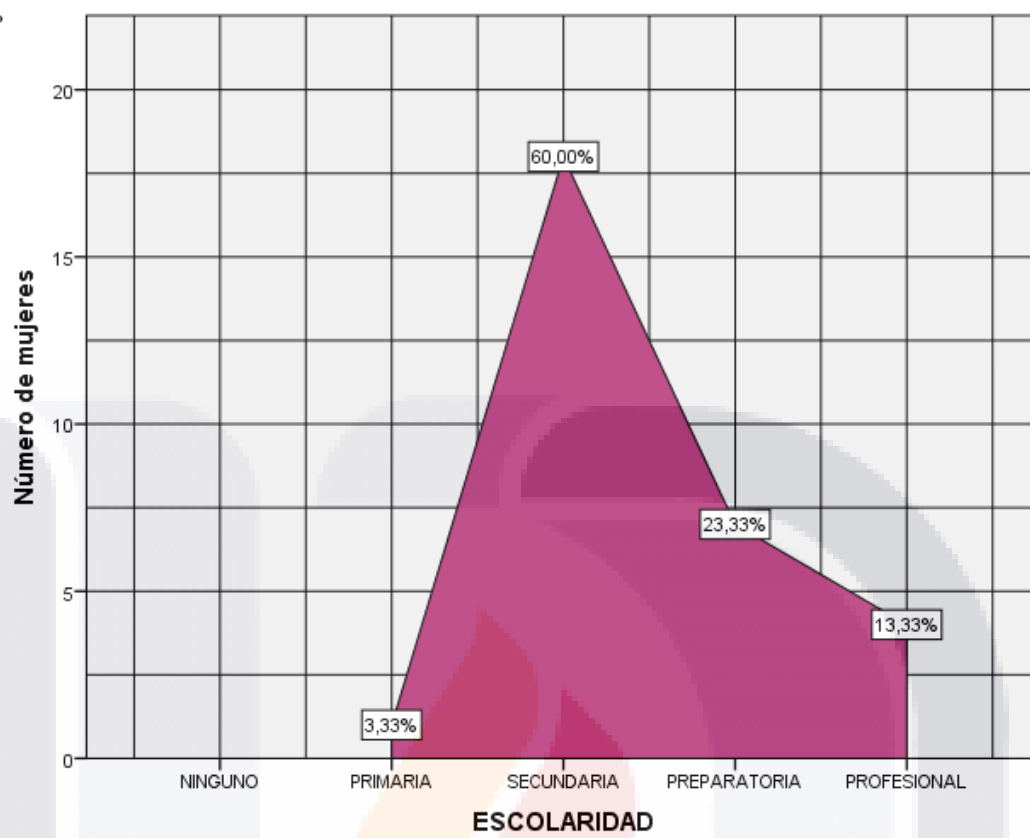


Gráfico 3.2. Distribución de porcentajes según escolaridad

En el gráfico 4 se muestra la distribución de las pacientes entrevistadas de acuerdo a su estado conyugal, se puede observar que la mayoría están en unión libre o casadas con un 80% (24 mujeres), seguido por las pacientes que se encuentran separadas, viudas, divorciadas o solteras con un 20% (6 mujeres).

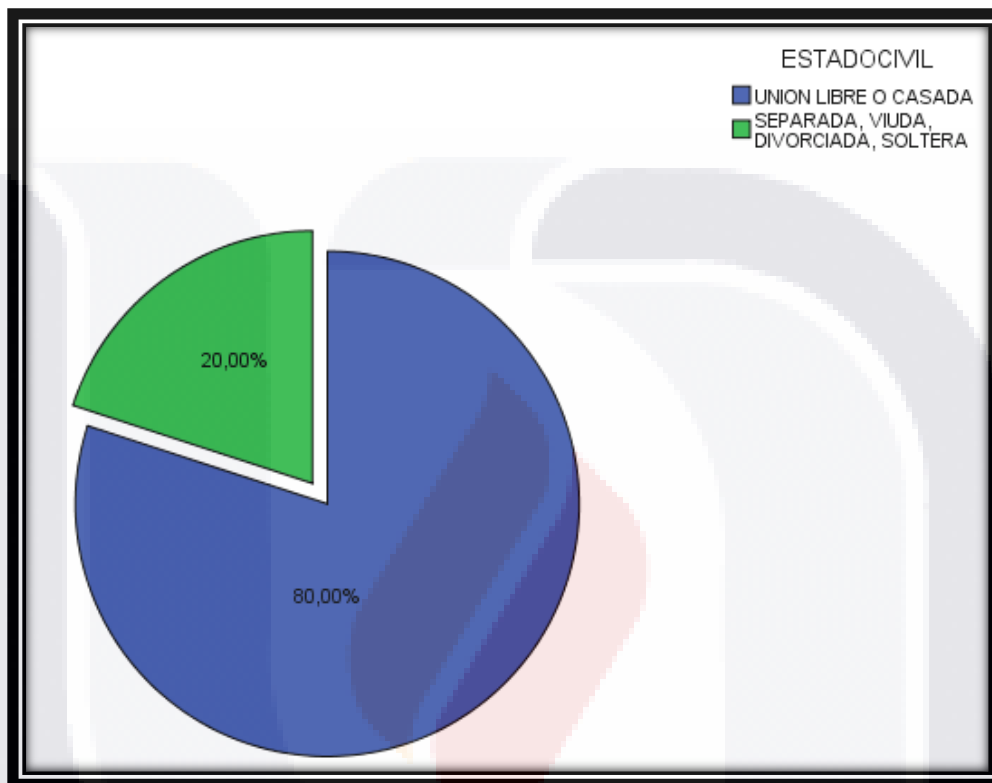


Gráfico 4. Distribución de las pacientes según su estado conyugal

En el gráfico 5 se muestra la distribución de las pacientes de acuerdo a su ocupación, el 63.33% (19 mujeres) son amas de casa, seguido del 23.33% (7 mujeres) que son empleadas, y por último, el 13.33% (4 mujeres) que son jubiladas o pensionadas.

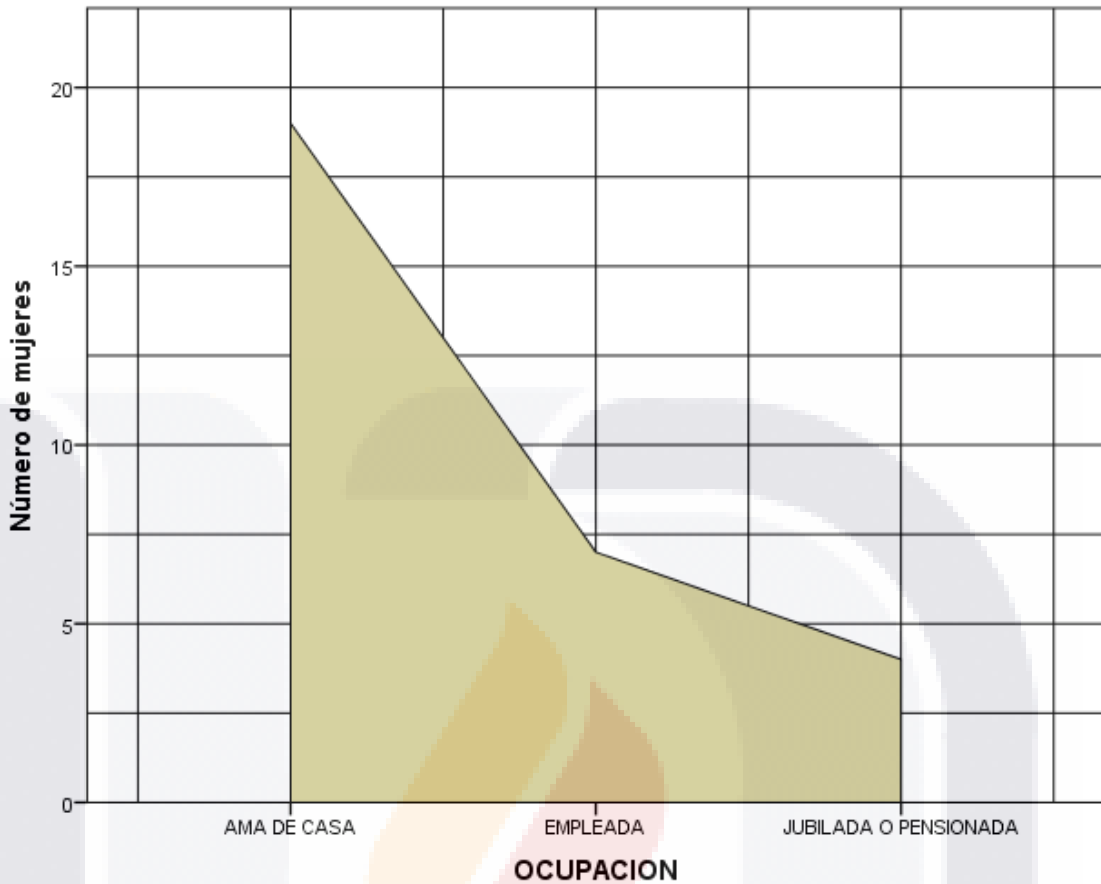


Gráfico 5. Distribución de las pacientes según su ocupación

El gráfico 6 muestra los datos estadísticos descriptivos de la prueba de percepción de la funcionalidad familiar, se obtuvo que la mayoría de las familias son moderadamente funcionales, en 14 pacientes, lo que representa al 46.67%; seguido de familia funcional con una frecuencia de 10 lo que representa al 33.33%; seguido de esto, con una frecuencia de 5 y representando al 16.67% obtuvimos familias disfuncionales; y por último, con tan solo 1 paciente presenta una familia severamente disfuncional, el 3.33%.

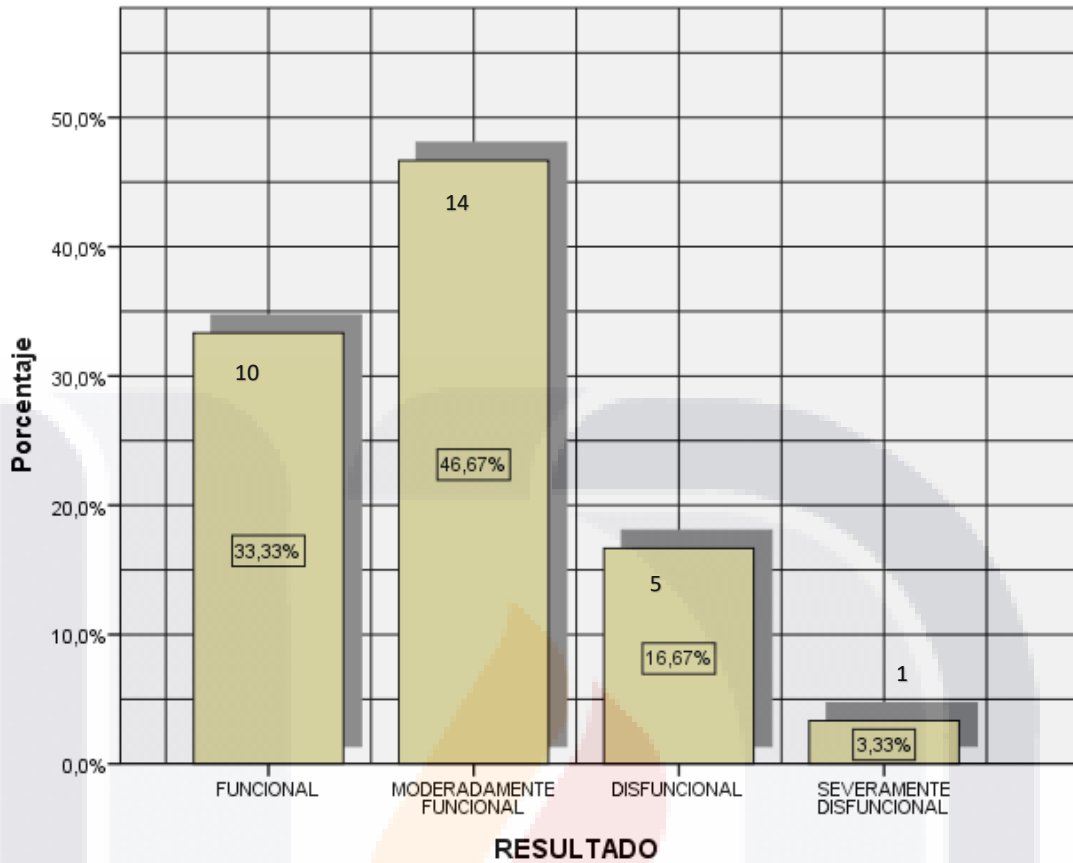
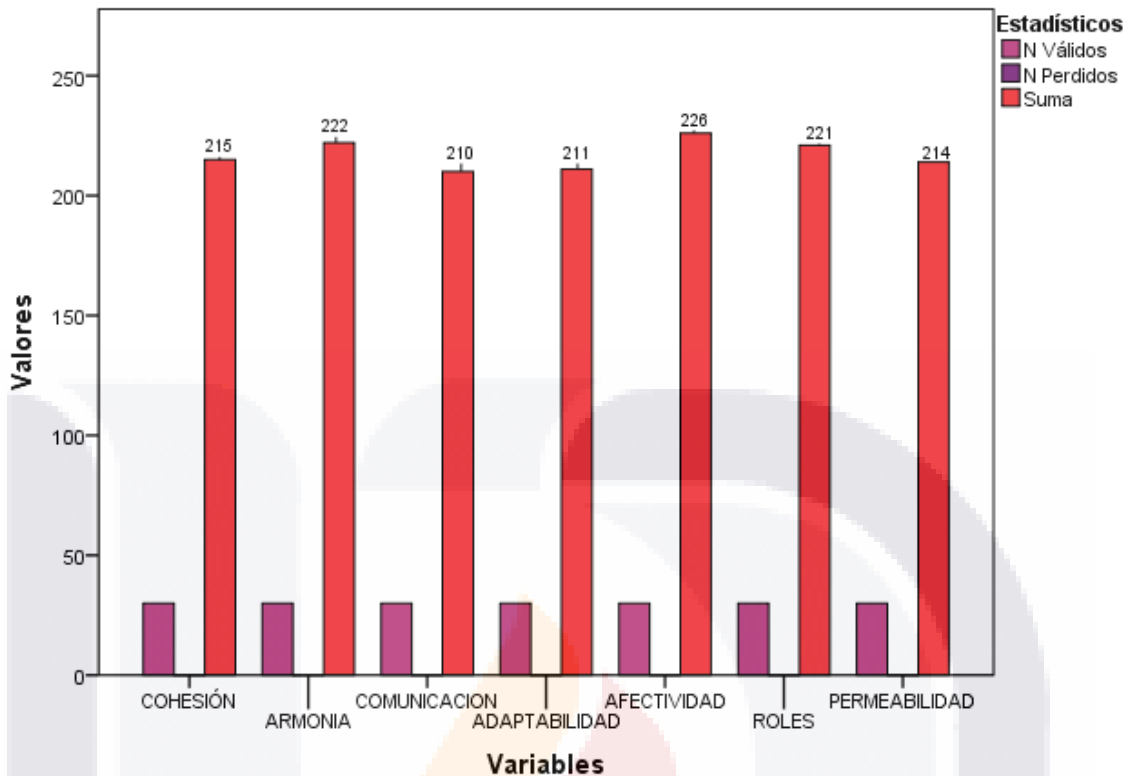


Gráfico 6. Distribución de las frecuencias y porcentajes de la percepción de la funcionalidad familiar en las pacientes

En la Tabla 4 y en la gráfica 7 se muestra la distribución de frecuencias de las categorías de la funcionalidad familiar de manera dicotomizada, observando mayor frecuencia en afectividad con 226 puntos y la más afectada fue la comunicación con un total de 210 puntos.

		Estadísticos						
		COHESIÓN	ARMONIA	COMUNICACION	ADAPTABILIDAD	AFECTIVIDAD	ROLES	PERMEABILIDAD
N	Válidos	30	30	30	30	30	30	30
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Suma		215	222,00	210,00	211,00	226,00	221,00	214,00

Tabla 4. Distribución de frecuencias de las categorías del FF-SIL



Gráfica 6. Distribución de frecuencias de las categorías del FF-SIL

XII. DISCUSION

En el presente estudio se midió el grado de afectación de la percepción de la funcionalidad familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas por haberse sometido a una cirugía de mastectomía radical por cáncer de mama de la UMF No. 1 de la delegación Aguascalientes, encontrando inicialmente, en cuanto a las características sociodemográficas que todas las pacientes incluidas en el estudio, es decir, el 100% de ellas (30 pacientes) tienen una edad entre 40 y 65 años de edad, por lo cual el total de las pacientes encuestadas y que aceptaron formar parte de este estudio, fueron incluidas en el mismo. De todas estas mujeres, encontramos que la mayoría de estas tienen una edad de 65 años con el 20%, y el resto fueron menores de esta edad. También observamos que la media o edad promedio de las pacientes fue de 54.93 años, similar a lo mencionado por Pérez Cabrera en el año 2014 en su estudio donde la edad promedio fue de 52.33 años. [7]

Además, se observó que, 18 pacientes (60% de las mujeres), tienen un grado de escolaridad máxima de secundaria terminada. Hablando propiamente del estado conyugal de las pacientes encontramos que el 80% de las mujeres (28 pacientes) viven en unión libre o casadas.

En cuanto al test y las características del test FF-SIL de percepción de funcionalidad familiar, se observó: familia moderadamente funcional en el 46.67%, seguido de familia funcional en el 33.33%, familia disfuncional en el 16.67% y familia severamente disfuncional en el 3.33%. De este test, se encontró que la categoría con mayor frecuencia de respuestas positivas fue la afectividad con 226 puntos obtenidos correspondiente a un 75.33%; en cambio, la categoría con mayor alteración fue la comunicación con 210 puntos obtenidos correspondiente a un 70%. En general se observó que el 46.67% de las pacientes tienen una familia moderadamente funcional similar a lo encontrado por Acosta Zapata en el año 2017, donde el 43% de las familias de mujeres con cáncer de mama fueron familias moderadamente funcionales según la misma prueba, FF-SIL.^[11]; y Pérez Cabrera en el año 2014 al estudiar la funcionalidad familiar en mujeres que ya habían sido sometidas a mastectomía radical por cancer de mama y aplicando los test APGAR familiar y FACES III y encontraron alta satisfacción o buena funcionalidad familiar en el 90.1% de las pacientes y según FACES III con un rango medio correspondiente a cohesión relacionada y adaptabilidad flexible en un 43.7% de las pacientes estudiadas.^[7]

En cuanto a los resultados obtenidos, hemos encontrado discrepancias en los resultados, debido a que los instrumentos usados para medir la funcionalidad familiar en uno de estos estudios son diferentes y se componen de distintas dimensiones o categorías, sin embargo, se puede observar que en los estudios mencionados sobresale la funcionalidad familiar.

Con el tamaño de la muestra logramos identificar que existen asociaciones en distintas de las variables sociodemográficas y la percepción de la funcionalidad familiar. De igual manera llama la atención el encontrar que varias de las pacientes

a pesar de tener el diagnóstico establecido de alguna alteración psicológica o tratamiento para lo mismo, tienen el diagnóstico establecido previamente a la realización de la mastectomía, por lo cual, considero beneficioso continuar con este protocolo posteriormente enfocado en las alteraciones psicológicas que presentan las pacientes con un grupo base con diagnóstico de cancer de mama sin mastectomía y un grupo con diagnóstico de cancer de mama sometidas a mastectomía y con alteraciones psicológicas para así poder determinar si la percepción de la funcionalidad familiar se ve alterada por sus alteraciones psicológicas desde el diagnóstico, o establecer si el procedimiento quirúrgico es el que les provoca dicha percepción.

XIII. CONCLUSION

Se obtuvo que en nuestra población de estudio la totalidad de las pacientes tiene entre 40 y 65 años de edad, 60% de las pacientes tienen escolaridad secundaria, 80% son unión libre o casados y 63.33% son amas de casa.

Hablando propiamente de la funcionalidad familiar, el 46.67% de las pacientes a las que se les realizó el test de percepción de la funcionalidad familiar resultaron moderadamente funcional, encontrando que la comunicación es la categoría que se ve más afectada y la menos afectada es la afectividad.

Con los resultados de este estudio, pudimos observar la gran importancia que tiene un estudio de salud familiar en la práctica diaria de los médicos familiares, ya que se logró determinar que la funcionalidad familiar en general y algunas otras características desglosadas de esta logran desarrollar en las pacientes que se someten a mastectomía por cáncer de mama conductas saludables; esto, para posteriormente poder diseñar estrategias que mejoren las características de la funcionalidad familiar y con ello lograr un mejor control de sus emociones, para de esta manera, lograr una mejora también en las alteraciones psicológicas que presentan estas mismas pacientes.

XIV. GLOSARIO

Alteración/trastorno psicológico: Son las alteraciones del estado mental, que afectan el desenvolvimiento normal del individuo en la sociedad.

Adaptabilidad: Habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiere.

Afectividad: Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.

Cáncer de mama: Tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas.

Comunicación: Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Familia funcional: Familia que cumple eficazmente con sus funciones como un sistema.

Familia: Miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Funcionalidad familiar: Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Funcionalidad familiar: Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia

Mastectomía: Extirpación de la glándula mamaria

Permeabilidad: Capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones

Rol: Cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

XV. BIBLIOGRAFIA

1. Calle Misto L. Efecto de la depresión en las funciones familiares de pacientes oncológicos del hospital obrero No. 2 de la CNS. Rev med Soc Cochabambina Med Fam. 2009;1(1):27-32.
2. Guijarro A. Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres. Humanidades y Ciencias Sociales. 2009;(18).
3. García Leetch E. Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino y factores asociados [Posgrado]. Universidad Veracruzana; 2009.
4. Morales Olivera J, Rodríguez Segura A, Sosa Jurado F, Ruiz Eng R. Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama. Cirugía plástica. 2010;20(2):73-77.
5. Cárdenas Ramírez F. Papel de la familia en el proceso de recuperación de mujeres post-mastectomía. Archivos en Medicina Familiar: An International Journal. 2011;14(2):37-45.
6. Cortés-Funes F, Bueno J, Narváez A, García-Valverde A, Guerrero-Gutiérrez L. Funcionamiento Familiar y Adaptación Psicológica en pacientes oncológicos. Revista psicooncología. 2012;9(2-3):335-354.
7. Pérez Gómez R, Arias Aguilar J. Percepción de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial de la UMF No. 21 [Especialidad en Medicina Familiar]. UNAM; 2013.
8. Pérez Cabrera A. Funcionalidad familiar en pacientes con mastectomía radical y mastectomía conservadora [Posgrado]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2014.

9. Souza R, Costa G, Yamashita C, Amendola F, Gaspar J, Alvarenga M et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(3):469-476.
10. Ávila Espinoza E. Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos [Internet]. Gredos.usal.es. 2015 [cited 5 April 2017]. Available from: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128489/1/DME_AvilaEspinozaE_CalidadpacientesC3%A1ncer.pdf
11. Ruvalcaba Rodríguez R. Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar, en los pacientes con trastorno depresivo en control [Posgrado]. Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2016.
12. Acosta-Zapata E, López-Ramón C, Martínez-Cortés M, Zapata-Vázquez R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *HORIZONTE SANITARIO*. 2017;16(2):139.
13. Semenova Moratto Vásquez, Nadia; Zapata Posada, Johanna Jazmín; Messenger, Tatiana. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015; *Revista CES, psicología*, Medellín, Colombia, 2015
14. Aranda Vides E. Formación de familias en Tenerife: modalidades y satisfacción [Doctorado]. Universidad Complutense de Madrid; 2016.
15. española RA. Diccionario. Links. 2008:1162.
16. Huerta, G. José Luis. *Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad*. 1ª Ed. México D.F.: Editorial Alfil, 2005.
17. Gough K. *La familia: Conceptos, tipos y evolución*. Gran Bretaña: Enciclopedia Británica en español; 2009.

18. Anzures Carro R. y cols. Medicina Familiar. 1ª ed. México D.F. Editorial Corinter. 2008.
19. Garza, E. Teófilo. Trabajo con familias. 2da edición, México. Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), 2009.
20. Francisco González Sala, Adelina Gimeno Collado, Juan Carlos Meléndez Moral, Ana Córdoba Iniesta. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. Universidad de Valencia, España, 2012.
21. II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. (Spanish). 7: Asociación Latinoamericana de Profesores en Medicina Familiar A.C.; 2005. p. S15-S19
22. Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Doyma; 1994.
23. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones: Fondo de Cultura Económica; 2006.
24. Gloria Hidalgo C, Carrasco Bertrand E. Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile: Ediciones Universidad católica de Chile; 1999.
25. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. Journal of marital and family therapy. 1983;9(2):171-80.
26. Aco EE. Manual para la escala de funcionamiento familiar: Instituto de la Familia, AC; 1997.
27. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. The Journal of Family Therapy. 1999.
28. Pérez-González E, Louro-Bernal I, De la Cuesta-Freijomil D, Bayarre-Vea H. Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. Ciencia Ergo Sum [Internet]. 1997 [acceso 24 de octubre de 2017]; 4(2):144–9. Disponible en: file:///C:/Users/lcr/Downloads/DialnetFuncionamientoFamiliar-5128785 (1).pdf

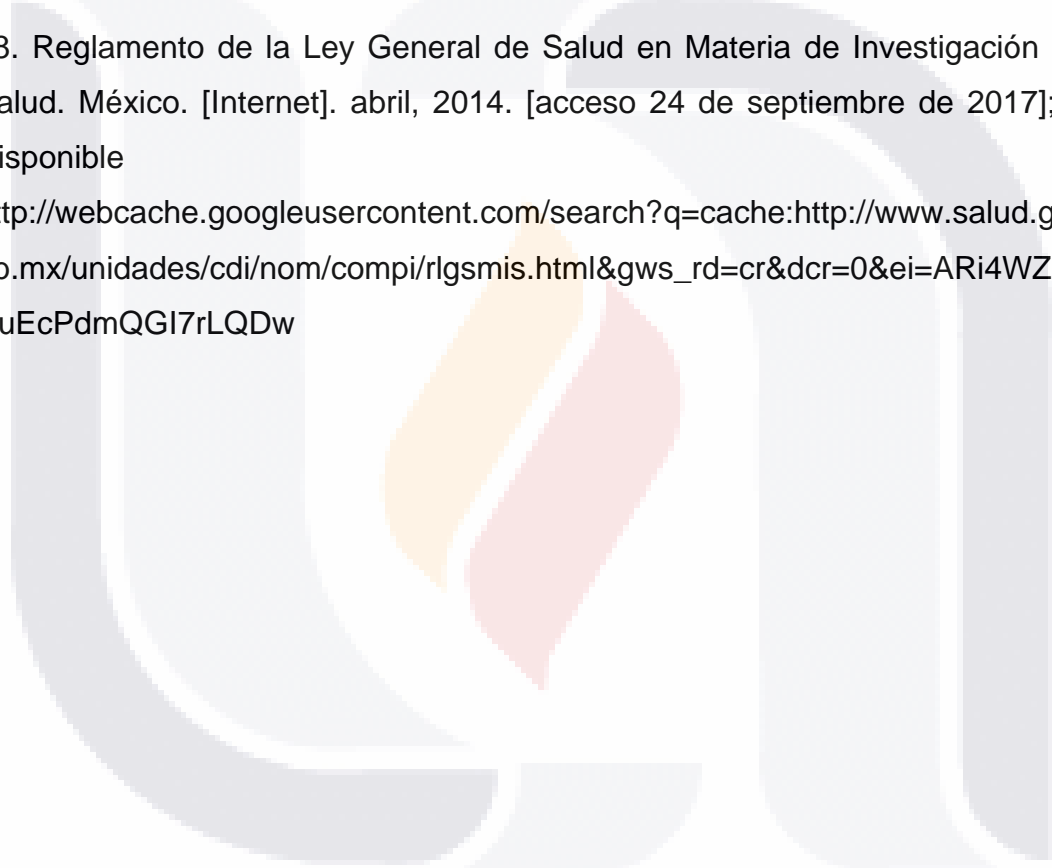
29. Martínez Basurto A, Lozano-Arrazola A, Rodríguez Velázquez A, Galindo-Vázquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014;13(1):139-148.
30. Herrera Gómez Á, Ñamendys Silva S, Meneses-García A. *Manual de oncología*. 3rd ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2017.
31. Suárez Vera D. *Psiquiatría.com- Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal*. [Internet]. Psiquiatría.com. 2005 [cited 26 May 2017]. Available from: <https://www.psiquiatría.com/psicosomatica/mastectomia-afrontamientos-y-autopercepcion-corporal/>
32. Arauz Siles K, Armas Machado E. *Percepción de las mujeres mastectomizadas sobre su condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria postmastectomía*, HEODRA, 2004 - 2011 [Doctorado en Medicina y Cirugía]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNÁN- León Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
33. del Val Gil J, López Bañeres M, Rebollo López F, Utrillas Martínez A, Manguillón Serrano A. *Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual*. *Cirugía Española* [Internet]. 2001 [cited 26 April 2017];69(1):56-65. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cancer-mama-mastectomia-estado-actual-S0009739X01716879>
34. Duarte T, Andrade Â. *Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade*. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2003;8(1):155-163.
35. Fernández, A. *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. *Psicooncología* 2004;1(2-3):169-180.
36. Engel J, Kerr J, schlesinger-raab A, et al. *Quality of life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: results of a 5-Year Prospective study* *The Breast Journal* 2004;10(3):223– 231.

37. Narváez Ludueña G, Ramón Espinoza M, Orellana Toral J. Reacciones emocionales y comportamientos en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas en el hospital José Carrasco Arteaga, en cuenca 2014 [Médico General]. Universidad de cuenca; 2014.
38. Santos Fernández JL. El mito y la realidad de las amazonas, a estudio en una exposición alemana. Arqueología Terrae Antiquae 2010. [accesado 15 jun 2017] Disponible en: <http://terraeantiquae.com/profiles/blogs/el-mito-y-la-realidad-de-las?id=2043782%3ABlogPost%3A80076&page=2>
39. Calvo-Gil M, Narváez Pinochet P. Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. Index de Enfermería. 2008;17(1):30-33.
40. Amaya P. Instrumento de salud familiar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004, p. 17.
41. Vera Miyar C. Cómo ser un buen cuidador de enfermos. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2005, p. 15
42. Capuñay Carbajal S, Seclén Poxo I, Montenegro Mendoza R. Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. Salud & Vida Sipanense. 2015;2(1):63-73.
43. INEGI. México en cifras. Aguascalientes. [Internet]. 2015. [acceso 16 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=01>
44. Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC). AcceDer. Aguascalientes: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016.
45. Charavel M, Brémond A, Courtial I. Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1997;74(1):31-35.
46. Nigenda López G, González Robledo L, Caballero M, Zarco Mera A, González Robledo M. Resumen Ejecutivo Proceso Social del cáncer de mama en México Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios

de salud [Internet]. www.tomateloapecho.org.mx. 2009 [cited 26 April 2017]. Available from: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/RESUMEN.pdf>

47. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas”. CONAMED. [Internet]. 2013. [acceso 24 de septiembre de 2017]; p. 1–4. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

48. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. [Internet]. abril, 2014. [acceso 24 de septiembre de 2017]; p. 31. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html&gws_rd=cr&dcr=0&ei=ARi4WZHuecPdmQGI7rLQDw



ANEXOS

**ANEXO A. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
FF-SIL**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Estudio: Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 DEL IMSS delegación Aguascalientes

SECCIÓN I: - Posterior al llenado de consentimiento informado. A continuación, se le solicita a usted contestar las siguientes preguntas, subrayando la opción de respuesta correcta.

1.- ¿Cuál es su edad?

- a) <40 años
- b) 40-65 años
- c) >65 años

2.- ¿Hasta qué año o grado aprobó en la escuela?

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria
- e) Profesional
- f) Posgrado

3.- ¿Cuál es su estado conyugal actual?

- a) Unión libre o casada
- b) Separado, viudo, divorciado, soltero

4.- Su ocupación es:

- a) Ama de casa
- b) Empleado
- c) Jubilado o pensionado

SECCIÓN II: - Lea con atención las situaciones que se plantean a continuación y marque con una “X” lo que más se apege a su situación actual con respecto a su familia.

Situaciones	Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie está 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					

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 DEL IMSS delegación Aguascalientes

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: UMF No. A de del año 2018

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Evaluar la funcionalidad familiar día a día se ha convertido en un punto fundamental de la práctica integral en la medicina familiar. Es ya conocido en múltiples estudios que las mujeres que se han sometido a una mastectomía por cáncer de mama padecen alteraciones psicológicas que pueden llevar a una afectación de la funcionalidad familiar y consecuentemente alteraciones en su ciclo vital. Objetivo del estudio: Determinar si la percepción en la funcionalidad familiar en las mujeres con alteraciones psicológicas por mastectomía secundario a cancer de mama, adscritas a la UMF No. 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentra afectada.

Procedimientos: Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se utilizará la técnica de cuestionario auto administrado como instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimientos que ayuden a dirigir las estrategias en materia de funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas por haberse sometido a mastectomía secundaria a Cáncer de mama.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respeto a mi permanencia en el mismo.

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

No autoriza 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):

Beneficios al término del estudio: Conocer la Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas por mastectomía previa secundaria a cancer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes

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

Investigador Responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez. Lugar de trabajo: UMF 1. Adscripción: UMF 1. Domicilio: José María Chávez sin No. Col. Lindavista Aguascalientes, Ags. CP: 20270. Tel.: (449) 913 90 50. Correo electrónico: draanahortensia@hotmail.com

Colaboradores: Marcela Angélica López Serna. Lugar de trabajo: UMF1. Adscripción: UMF 1. Domicilio: José María Chávez sin No. Col. Lindavista. Aguascalientes, Ags. CP: 20270. Tel.: 449 8943184. Correo electrónico: marge_lpz21@hotmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

CLAVE: 2810-009-013

ANEXO C. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Variables	Indicador	Tipo de variable	Ítems	Índices
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población de estudio	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen	Edad: Años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Número de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	1. ¿Cuál es su edad?	<40 años 40-65 años >65 años
			Escolaridad: Grado de estudio que la población de 5 y más años de edad aprobó en el nivel más avanzado al que haya asistido dentro del Sistema Educativo Nacional	Grado de estudios realizados	Cualitativa Nominal	2. ¿Hasta que año o grado aprobó en la escuela?	Ninguno Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
			Estado conyugal: Condición de unión o matrimonio en el momento de la entrevista de las personas de 12 y más años de edad, de acuerdo con las costumbres o leyes del país	Condición de pareja del paciente	Cualitativa Nominal	3. ¿Cuál es su estado conyugal actual?	Unión libre o casada Viudo, separado, divorciado o soltero
		Características económicas: Comportamiento humano en relación a sus necesidades	Ocupación: Tarea o actividad que desempeñó la población ocupada en su trabajo durante la semana de referencia.	Ocupación que desempeña	Cualitativa Nominal	4. Su ocupación es:	Ama de casa Empleada Jubilada o pensionada

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Variables	Indicadores	Tipo de variable	Ítems	Índices
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Según la puntuación final obtenida en el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).	Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.	La familia se enfrenta a toma de decisiones para cosas importantes, así mismo, cuando algún integrante tiene un problema los demás lo ayudan	Cualitativa ordinal	1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan. 2. En casa predomina la armonía. 13. Los intereses y necesidad es de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).
		Familia funcional: Cuando la familia cumple con las funciones básicas. De 57 a 70 puntos. Familia moderadamente funcional: Cuando la familia cumple parcialmente		En la familia debe predominar la armonía, respetando los intereses y necesidades de cada integrante	Cualitativa ordinal		Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).

		<p>con las funciones básicas. De 43 a 56 puntos.</p> <p>Familia disfuncional: Cuando la familia no cumple con las funciones básicas. De 28 a 42 puntos</p>	<p>Comunicación: Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.</p>	<p>En la familia se expresan insinuaciones de forma clara y directa. Se deben conversar sin temor los diversos temas.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>5. Nos expresamos insinuaciones, de forma clara y directa. 11. Podemos conversar diversos temas sin temor</p>	<p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto)</p>
		<p>Familia severamente disfuncional: Cuando la familia no cumple con las funciones básicas. De 14 a 27 puntos</p>	<p>Adaptabilidad: Habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles ante una situación que lo requiere.</p>	<p>Se pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlo. Ante determinadas situaciones las costumbres familiares pueden modificarse.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevar los. 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones</p>	<p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p>
			<p>Afectividad: Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.</p>	<p>Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana. La familia se demuestra el cariño que se tiene.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.</p>	<p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p>
			<p>Rol: cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.</p>	<p>En casa cada uno cumple con sus responsabilidades. Se deben distribuir las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades. 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.</p>	<p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p>

			<p>Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familiar e instituciones.</p>	<p>Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>7. Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. 12. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.</p>	<p>capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familiar e instituciones. Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas. Cualitativa Ordinal 7. Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. 12. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas. Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p>
--	--	--	--	---	----------------------------	--	--

ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON ALTERACIONES PSICOLÓGICAS POSTMASTECTOMIA SECUNDARIO A CANCER DE MAMA DE LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES

El objetivo de este estudio es determinar el grado de afectación en la percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

La aplicación del cuestionario “Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas postmastectomía secundario a cancer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes” la realizará el residente de tercer año de medicina familiar.

El cuestionario se compone de dos secciones, la sección I se refiere a las características sociodemográficas, la Sección II corresponde a la Percepción del Funcionamiento familiar (FF-SIL).

1. Posterior a la autorización del presente protocolo por parte del comité local de investigación, se solicitará permiso al Director de la unidad sede para llevar a cabo la investigación con pacientes de su adscripción, los cuales serán seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

2. El tipo de muestreo que se realizará de tipo censal. Las pacientes son tomadas del censo con el que cuenta el servicio de epidemiología en el cual están registradas las pacientes con cáncer de mama que han sido sometidas a una mastectomía radical y que además tengan alteraciones psicológicas, variable que será tomada de las consultas previas registradas en el SIMF donde se cuenta con el diagnóstico de depresión o ansiedad según el CIE-10, o que estas mismas se encuentren en tratamiento con algún antidepresivo o medicamento controlado, tomando a estas

del periodo del año 2013-2018, obteniendo un tamaño de la muestra de 30 pacientes.

3. No informaremos, con la ayuda del servicio de de epidemiología sobre el número de pacientes que se han sometido a mastectomía radical secundario a cancer de mama y con apoyo por parte de archivo médico de la UMF 1 los números telefónicos y/o direcciones de las pacientes para poder citarlas para la aplicación del instrumento.

4. Se citarán a las pacientes según la disponibilidad que se tenga en 2 o hasta 3 distintos días para la aplicación del instrumento, se les informará si aceptan participar en el estudio, explicando el objetivo de éste y las actividades a realizar, así como los beneficios y riesgos acerca del mismo.

5. Los pacientes aceptantes, acudirán al aula asignada en compañía del tesista, ahí se llevará a cabo el llenado del consentimiento informado y se dará el cuestionario de autoaplicación para contestarlo.

SECCION I.

En esta sección se obtendrá la información sobre las características sociodemográficas, mediante el instrumento autoadministrado, se confirmará previamente la identidad del entrevistado a través del carnet de citas médicas y/o INE.

1. Edad: Se seleccionará mediante respuesta en opción múltiple, las cuales se encuentran distribuidas de menores de 40 años, pacientes de 41 a 65 años y mayores de 65 años. Subrayando la opción correcta.

a) <40 años

b) 40-65 años

c) >65 años

2.- Escolaridad: Se seleccionará mediante respuesta en opción múltiple, como se indican a continuación, subrayando la opción correcta.

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria
- e) Profesional
- f) Posgrado

4.- Estado conyugal: Se seleccionará el estado conyugal actual de las posibles respuestas en opción múltiple, distribuidas de la siguiente manera, subrayando la correcta.

- a) Unión libre o casada
- b) Separada, divorciada, viuda, soltera

5.- Ocupación actual: Se seleccionará de las siguientes posibles respuestas, distribuidas de la siguiente manera, subrayando la correcta.

- a) Ama de casa
- b) Empleada
- c) Jubilado o pensionado

SECCION II.

Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) El instrumento es de auto aplicación, según la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia, a través de la percepción de uno de los miembros; su aplicación se

realizará a las pacientes con alteraciones psicológicas que han sido sometidas a mastectomía secundaria a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes. En este cuestionario se evalúan 7 categorías de la función familiar, por medio de 14 ítems, según la frecuencia en que ocurren determinadas situaciones en la familia. Se distribuyen de la siguiente manera:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas. Ítems:

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.

2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo. Ítems:

2. En mi casa predomina la armonía.
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.

3. Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa. Ítems:

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.

4. Adaptabilidad: habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiere. Ítems:

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

5. Afectividad: capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Ítems:

- 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.
- 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

6. Rol: cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Ítems:

- 3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.
- 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

7. Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familiar e instituciones. Ítems:

- 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.
- 12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

La paciente encuestada deberá identificar su respuesta según la frecuencia en que cada una de las situaciones se presenten en su familia. Marcará con una “X” la casilla según corresponda. Por ejemplo:

Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
X				

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se utiliza una escala de Likert y se designa una puntuación entre 5 y 1: casi siempre (5 puntos), muchas veces (4 puntos), a veces (3 puntos), pocas veces (2 puntos) y

casi nunca (1 punto). La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems, quedando de la siguiente manera:

De 70 a 57	Familia funcional
De 56 a 43	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28	Familia disfuncional
De 27 a 14	Familia severamente disfuncional

Ejemplo:

Prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF-SIL)

Lea con atención las situaciones que se plantean a continuación y marque con una "X" lo que más se apegue a su situación actual con respecto a su familia.

Situaciones	Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia			X		
2. En mi casa predomina la armonía				X	
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades			X		
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana				X	
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					X
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					X
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					X
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan			X		
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado				X	

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones				X	
11. Podemos conversar diversos temas sin temor				X	
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					X
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar				X	
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos			X		

Total: 28 puntos. Corresponde a una **familia disfuncional**.

Se realiza la suma de los ítems que corresponden a cada dimensión estudiada, para identificar cual área está más afectada.

Cohesión: ítems 1 y 8 = 3 + 3 = 6

Armonía: ítems 2 y 13 = 2 + 2 = 4

Comunicación: ítems 5 y 11 = 1 + 2 = 3

Adaptabilidad: Ítems 6 y 10 = 1 + 2 = 3

Afectividad: Ítems 4 y 14 = 2 + 3 = 5

Roles: Ítems 3 y 9 = 3 + 2 = 5

Permeabilidad: Ítems 7 y 12 = 1 + 1 = 2

Observando que la dimensión más afectada es la permeabilidad, ya que es la que obtuvo menor puntuación, sin embargo, la mayor puntuación se observó en la cohesión.