

Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama

Family functionality and coping strategies in patients with breast cancer

Funcionamento familiar e estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer de mama

Fonctionnement familial et stratégies d'adaptation chez les patients atteints d'un cancer du sein

Estefany Acosta-Zapata¹, Concepción López-Ramón², María Evelin Martínez-Cortés³,
Rosario Zapata-Vázquez⁴

DOI: 10.19136/hs.v16i2.1629

ARTICULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 01 de febrero de 2017. Fecha de aceptado: 26 de abril de 2017.

Autor de correspondencia

Estefany Acosta-Zapata. Dirección postal: Unidad Médica Familiar No. 39. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prolongación Gral. Ignacio Zaragoza 102, Col. Nueva Villahermosa, Villahermosa, Tabasco. Correo electrónico: acosta12@live.com.mx.

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en las pacientes con cáncer de mama.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal de correlación, en el cual participaron 63 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2 a 24 meses de evolución. Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas mediante una entrevista; las estrategias de afrontamiento con el instrumento "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" y funcionalidad familiar con el cuestionario de Percepción de Función Familiar FFSIL. La información obtenida se procesó mediante el paquete estadístico SPSS 23, se empleó estadística descriptiva y analítica, Pearson, X² y razón de prevalencia.

Resultados: Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las de tipo activo en 68% de las mujeres estudiadas, siendo la resolución de problemas la más frecuente en 43%. Los factores que se relacionaron con el afrontamiento activo fueron edad ($p=0.019$), estado civil ($p=0.013$), y pertenecer a familia funcional ($p=0.000$).

Conclusiones: La funcionalidad familiar es un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo en las pacientes con cáncer de mama.

Palabras clave: Afrontamiento; Cáncer de mama; Funcionalidad familiar.

1. Médico Especialista en Medicina Familiar. Unidad Médica Familiar No. 39. Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

3. Médico Especialista Gineco-obstetra. Hospital General de Zona 46. Instituto Mexicano del Seguro Social.

4. Médico Especialista en Medicina Familiar. Maestra en Ciencias en Salud Pública. Adscrita a la Unidad Médica Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Abstract

Objective: To determine the relation among Family functionality and Coping strategies in breast cancer patients.

Materials and methods: A correlational transversal descriptive study was made in which 63 breast cancer diagnosis women, within 2 to 24 months of evolution, participated. Sociodemographic variables and some clinics were studied by an interview; the Coping strategies with the "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" (Coping strategies Inventory) instrument and family functionality using a "Percepción de Función Familiar" FFSIL, (Family Function Perception) questionnaire. The information obtained was processed through the statistic package SPSS 23, PEARSON, X2 a prevalence reason and an analytical and a descriptive statistics were used.

Results: The most used Coping strategy was the active type being a 43% the most frequent problem solution in 68% from the studied women. The factors that were related with the active Coping were age ($p=0.019$), marital status ($p=0.013$) and to belong to a functional family ($p=0.000$).

Conclusions: The family functionality is a protection factor to the active Coping strategies in breast cancer patients.

Palabras clave: Coping; Breast cancer; Family functionality.

Resumo

Objetivo: Determinar a relação entre o funcionamento familiar e as estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer da mama.

Materiais e métodos: Estudo descritivo, de correlação cruzada. Estudaram-se 63 mulheres com diagnóstico de câncer da mama entre 2-24 meses de evolução. Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, o tratamento recebido, a co-morbidade, as estratégias de enfrentamento utilizadas, através do "Inventário de estratégias de enfrentamento" e as variáveis do instrumento de funcionalidade familiar avaliadas com o questionário sobre as percepções da Função Familiar de FFSIL. O tratamento dos dados foi efetuado diante o SPSS 23 onde aplicou-se a estatística descritiva, o coeficiente de Pearson, X2 e o risco relativo.

Resultados: A estratégia de enfrentamento mais comumente utilizada foi a do tipo ativo em 68% das mulheres, mais frequente em 43%. Os fatores relacionados ao enfrentamento ativo foram a idade ($p = 0,019$), o estado civil ($p = 0,013$) e o bom funcionamento da família ($p = 0,000$).

Conclusões: O funcionamento familiar adequado é um fator protetor para as estratégias de enfrentamento ativo em pacientes com câncer da mama.

Palavras-chaves: Enfrentamento; Cancro da mama; Funcionamento familiar.

Résumé

Objectif: Déterminer la relation entre le fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation chez les patients atteints de cancer du sein.

Matériaux et méthodes: Étude descriptive, transversale, de corrélation, dans laquelle ont participé 63 femmes avec un diagnostic de cancer du sein de 2 à 24 mois d'évolution. Les variables socio-démographiques et cliniques ont été étudiées au moyen d'un entretien; les stratégies d'adaptation avec l'instrument «Inventario de Estrategias de Afrontamiento» (Inventaire de stratégies d'affrontement»), et la fonctionnalité familiale avec le questionnaire de «Percepción del Funcionamiento Familiar» (Perception du fonctionnement familial) (FF-SIL). L'information obtenue a été traitée à l'aide du logiciel statistique SPSS 23, en appliquant la statistique descriptive et analytique, Pearson, X2 et le risque relatif.

Résultats: Les stratégies d'adaptation les plus utilisées ont été celles de type actif pour 68% des femmes étudiées, la résolution des problèmes ayant été la stratégie la plus courante dans 43% des cas. Les facteurs liés à l'adaptation active ont été l'âge ($p = 0,019$), l'état civil ($p = 0,013$), et l'appartenance à une famille fonctionnelle ($p = 0,000$).

Conclusions: Le fonctionnement familial est un facteur de protection pour les stratégies d'adaptation active chez les patients atteints de cancer du sein.

Mots-clés: Adaptation; Cancer du sein; Fonctionnement familial.

Introducción

La familia es un sistema de estructura variable en el cual sus integrantes interactúan, crecen y se desarrollan a lo largo de vida; siempre sometidos a factores externos que influyen de manera positiva o negativa en su composición e interacciones por lo que, la funcionalidad familiar es la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Dentro del estudio de la familia, su funcionamiento ha cobrado gran importancia al demostrarse en diversos estudios la influencia en la salud de sus miembros^{1,2,3,5}.

La evaluación de la funcionalidad familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender de forma integral el contexto en que se produce la patología permitiendo reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar^{3,4}.

El padecer cáncer de mama es un acontecimiento estresante que amenaza de manera significativa en distintas áreas y puede presentarse decadencia de las actividades diarias provocando estados emocionales negativos en las pacientes; por lo que es importante evaluar y conocer el impacto de la enfermedad y tratamiento sobre la percepción de bienestar de la paciente; dicha valoración debe ser integral e individualizada a cada mujer considerando el aspecto físico, social y psicológico^{6,7}.

La familia ante el diagnóstico de cáncer sufre un colapso generalizado caracterizado por una crisis de organización, todo el sistema se tambalea y requiere una reestructuración para adaptarse a las necesidades de atención y cuidado que deben proporcionar a la paciente. Acompañada además a esta crisis, el desgaste físico, económico y emocional en la familia, lo que ocasiona un desequilibrio total en el ritmo y estilo de vida. En ocasiones se requiere incluso de apoyo de familiares y amigos para cubrir estas necesidades. En el subsistema filial los hijos de estas pacientes sufren de distanciamiento con la madre, en ocasiones son los hermanos mayores los que quedan a cargo de su cuidado; esto ocasiona un fuerte cambio en las atenciones que reciben como el cuidado personal, alimentación y apoyo en general que la madre proporciona. Hay familias en las que la enfermedad además de lo antes mencionado produce la separación de los padres, provocando una mayor afectación a los niños, ya que sufren la pérdida de la madre y la ausencia del padre. Con respecto al subsistema conyugal, para la mayoría de las mujeres el apoyo de sus parejas durante la enfermedad es imprescindible siendo considerados el mejor

soporte físico y psicológico posible. En algunos casos la enfermedad fortalece su relación, especialmente cuando son capaces de expresar sus preocupaciones y miedos a la otra persona. Otra razón por la cual se puede ver comprometida la relación es por la pérdida de la actividad sexual, esta disfunción es más evidente en aquellas pacientes que son sometidas a mastectomía, ya que provoca que disminuyan e incluso cesen sus relaciones sexuales describiendo un empeoramiento de sus sentimientos de atractivo sexual y su comodidad a la hora de tener relaciones sexuales; así como una percepción de que el interés sexual de su pareja también ha disminuido. Como vemos, las alteraciones en la paciente con cáncer de mama no solo está enfocado en el aspecto físico de la enfermedad, sino que esta condiciona una serie de eventos en el ámbito familiar, sexual e incluso laboral^{8,9,10,11}.

El impacto que causa no solo el saberse con una enfermedad grave sino el tener que someterse a alteraciones en su aspecto físico produce diferentes emociones, pero la presencia y la intensidad con la que estas se manifiestan, va a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que se cuentan. Dichos estados emocionales influyen en la salud de manera directa ya sea en el funcionamiento fisiológico, el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de atención oportuna; así como en la realización de conductas no saludables^{6,7,12}.

El afrontamiento es un tipo de respuesta que se genera ante una situación estresante, es decir son las herramientas y recursos que el individuo desarrolla para manejar situaciones externas y/o internas que exceden los recursos del individuo. El afrontamiento activo de una enfermedad grave se asocia a una reducción en la tensión asociada a la patología. Por otra parte se ha demostrado que el afrontamiento pasivo se traduce en un deterioro en la calidad de vida, pues se asocia a un progreso acelerado de la enfermedad y a un aumento en la tensión emocional. Aunque la mayoría de los estresores generan ambas respuestas de afrontamiento, es posible que predomine alguno de ellos, no existe respuesta de afrontamiento mejores que otras, sino que estas resultan ser funcionales o disfuncionales en la medida en que sean útiles para la adaptación ante el estresor. La evidencia de un afrontamiento adecuado se refleja en el bienestar psicológico y emocional del paciente, y en caso contrario ocurre distrés psicológico que también afecta la salud física y el desempeño en general^{13,14,15,16}.

Los estilos de afrontamiento a los que recurre una paciente depende de diversos factores entre los que se tienen: propias de la enfermedad, el tipo de patología, estadio de la enfermedad, tratamiento otorgado, características propias del paciente (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico), así como los relaciones

con el ambiente del paciente (tipo de familia, satisfacción marital, apoyo social, funcionamiento familiar), es decir la mujer es parte de un sistema por lo que el diagnóstico y el tratamiento que se proponga no son la única causa de estrés o de las emociones que experimenta, existen otras circunstancias como problemas económicos, pérdidas recientes, el antecedente de un familiar con cáncer de mama, etc^{17,12}.

Aquellas mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y mejores estilos de afrontamiento tendrán un mayor bienestar psicológico, ya que el sufrimiento emocional de las pacientes se debe principalmente al significado que le atribuyen a los eventos de la enfermedad, es decir, la intensidad con la que vivan éstos va a depender de las habilidades de afrontamiento y características de personalidad de cada paciente^{9,12}.

Dado lo anterior es imprescindible comprender de forma individualizada la estructura familiar de cada paciente oncológico así como el significado cultural, social y espiritual que el cáncer y su tratamiento en general tiene para ellos; entiendo las distintas culturas de cada grupo familiar y sus diferentes formas de afrontamiento; así como es de vital importancia identificar al cuidador principal ya que esta será una línea de autoridad que nos permita tener apego al tratamiento^{8,10,12,18}.

El objetivo del presente estudio es identificar la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama y los factores que puedan estar relacionados con dichas estrategias.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, transversal de correlación 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 test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar: Cohesión (pregunta 1 y 8): unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía (pregunta 2 y 13): correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación (pregunta 5 y 11): los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de

forma clara y directa. Permeabilidad (pregunta 7 y 12): capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad (pregunta 4 y 14): capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Roles (pregunta 3 y 9): cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Adaptabilidad (pregunta 6 y 10): habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos que son, casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos. Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: 70 a 57 Familia funcional, 56 a 43 Familia moderadamente funcional, 42 a 28 Familia disfuncional, 27 a 14 Familia severamente disfuncional^{5,13}.

Para evaluar el afrontamiento se utilizó el “Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) versión en español modificado por Cano García et al¹⁴. (2007) Este instrumento se encuentra conformado por 40 ítems con formato de respuesta de tipo Likert de 5 puntos, desde 0 hasta 4, evalúa el grado de utilización de estrategias de afrontamiento activo y de afrontamiento pasivo al estrés. Está compuesto por 8 escalas primarias, de las cuales 4 corresponden a estrategias de afrontamiento activas y 4 a estrategias de afrontamiento pasivas. Las estrategias del primer grupo son resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que la produce), reestructuración cognitiva (modificar el significado de la situación estresante), apoyo social (búsqueda de apoyo emocional) y expresión emocional (liberación de las emociones que acontecen en el proceso de estrés). Mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas que mide son: evitación de problemas (negociación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), retirada social (retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, asociada con la reacción emocional en el proceso estresante) y autocrítica (autoinculpación y autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo). La confiabilidad para cada una de sus escalas en un estudio realizado en 25 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y que se encontraban recibiendo algún tratamiento de la ciudad de Santiago fueron: resolución de problemas (0.69), expresión emocional (0.70), apoyo social (0.77), reestructuración cognitiva (0.77), autocrítica (0.84), pensamiento desiderativo (0.80), evitación de

problemas (0.60) y retirada social (0.64). Además se estimó la confiabilidad existente entre las cuatro estrategias activas (0.85) y las cuatro estrategias pasivas (0.75)¹⁷.

El procesamiento de la información se realizó a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 23 para Windows. Se analizó la información con estadísticas descriptivas mediante tablas de frecuencias y porcentajes y se realizó análisis con X^2 de Pearson y la magnitud de asociación mediante razón de prevalencia.

Resultados

De 63 mujeres estudiadas, el promedio de edad fue de 49 años (34 a 88) con predominio de las casadas 35%, escolaridad de nivel básico en el 44%, ama de casa 50% y de residencia rural en el 69% (Tabla 1). En relación con las características clínicas el 70% negó tener comorbilidades. El 40% tenían 24 meses de evolución, el 44% se encontró en estadio 2 y el 62% se encuentran recibiendo quimioterapia (Tabla 2).

El 46% se evaluaron como familias moderadamente funcionales, y la principal dimensión con alteración en la fue la comunicación en el 30% (Tabla 3).

El 68% presentaron afrontamiento activo, siendo la resolución de problemas la estrategia más utilizada hasta en el 43% de las pacientes estudiadas (Tabla 4,5). La edad y el estado civil tuvieron relación positiva con el afrontamiento activo $p=.019$, $p=.013$ respectivamente. No se encontró relación entre la ocupación, nivel educativo, lugar de residencia, comorbilidad, tiempo de evolución, estadio de la enfermedad ni tratamiento establecido con las estrategias de afrontamiento (Tabla 6).

La funcionalidad familiar presentó relación estrecha con el afrontamiento activo ($p=.000$) y la alteración de la dimensión de comunicación familiar presentó relación positiva con el afrontamiento negativo ($p=.003$) (Tabla 7,8).

Se midió la magnitud de asociación a través de la razón de prevalencia en donde se observó que las mujeres que pertenecían a familias funcionales tenían 7 veces más probabilidades de utilizar estrategias de afrontamiento activo, con un IC: 1.097; 44.66 y un valor de $p=.003$ lo cual es estadísticamente significativo; así como se encontró que las mujeres con nivel medio superior de estudios presentaron 1.3 veces más probabilidad de utilizar estrategias de afrontamiento activo con un IC: .924; 1.839 y un valor de $p=.029$ que estadísticamente significativo.

Tabla 1.- Datos Sociodemográficos de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

	<i>f</i>	%
Escolaridad		
Sabe leer y escribir	4	6.3
Primaria	7	11.1
Secundaria	21	33.3
Bachillerato	19	30.2
Licenciatura	10	15.9
Posgrado	2	3.2
Estado civil		
Sin pareja	32	50.8
Con pareja	31	49.2
Ocupación		
Ama de casa	32	50.8
Trabajadora	9	14.3
Negocio propio	18	28.6
Pensionada	4	6.3
Lugar de residencia		
Zona Rural	9	14.3
Zona Urbana	19	30.2
Zona Suburbana	35	55.5

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos, n=63.

Tabla 2.- Datos clínicos de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

Estadio de la Enfermedad	<i>f</i>	%
Estadio 1	9	14.3
Estadio 2	28	44.4
Estadio 3	23	36.5
Estadio 4	3	4.8
Tratamiento establecido		
Mastectomía Parcial	1	1.6
Mastectomía radical	15	23.8
Quimioterapia	39	61.9
Radioterapia	8	12.7
Comorbilidad		
Ninguna enfermedad	44	69.8
Artritis Reumatoide	1	1.6
Diabetes Mellitus	14	22.2
Hipertensión	4	6.3

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos, n=63

Tabla 3.- Funcionalidad familiar de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

	<i>f</i>	%
Familia funcional	26	41.3
Familia moderadamente funcional	29	46
Familia disfuncional	7	11.1
Familia severamente disfuncional	1	1.6

Fuente: Instrumento FFSIL para Funcionalidad Familiar. n=63

Tabla 4. Estrategia de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

	<i>f</i>	%
Activo	43	68.3
Pasivo	20	31.7

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento versión de Otero. n=63

Tabla 5.- Tipo de estrategia de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

	<i>f</i>	%
Resolución de Problemas	27	42.9
Reestructuración Cognitiva	1	1.6
Apoyo Social	13	20.6
Expresión Emocional	2	3.2
Retirada Social	1	1.6
Autocrítica	10	15.9
Evitación del problema	0	0
Pensamiento Desiderativo	9	14.3

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento versión de Otero. n=63

Tabla 6.- Datos sociodemográficos y estrategia de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

Variables	<i>f</i>	Afrontamiento		<i>gl</i>	χ^2	<i>p</i>
		Activo	Pasivo			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Edad 48-60 años	4	22.2	9	14.2	26	43.001 0.019
Estado civil Casada	5	23.8	7	11.1	5	14.513 0.013
Escolaridad Secundaria	4	22.2	7	11.1	5	8.532 0.129
Ocupación Ama de casa	2	34.9	10	15.8	3	3.58 0.310
Lugar de residencia Suburbana	5	39.68	4	6.3	2	6.231 0.044

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos e Inventario de estrategias de afrontamiento n=63

Tabla 7.- Funcionalidad familiar y estrategia de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

	Activo		Pasivo		<i>gl</i>	χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%			
Familia funcional	42	66.6	12	19	1	15.823	.000
Familia Disfuncional	1	1.5	8	12.6			

Fuente: Inventario de estrategias de afrontamiento y Cuestionario de Percepción de Funcionalidad Familiar FFSIL n=63

Tabla 8.-Dimensiones de la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama del Hospital General de Zona 46

Dimensiones de funcionalidad familiar	de	Afrontamiento				g1	x ²	Valor de p
		Activo		Pasivo				
		f	%	f	%			
Cohesión	Sin alteración	43	68.2	19	30.1	1	2.185	.317
	Con alteración	0	0	1	1.5			
Armonía	Sin alteración	41	65	19	30.1	1	0.004	.952
	Con alteración	2	3.1	1	1.5			
Roles	Sin alteración	41	65	17	26.9	1	2.001	0.178
	Con alteración	2	3.1	3	4.7			
Afectividad	Sin alteración	42	66.6	18	28.5	1	1.773	0.183
	Con alteración	1	1.5	2	3.1			
Comunicación	Sin alteración	35	55.5	9	14.2	1	8.585	0.003
	Con alteración	8	12.6	11	17.4			
Adaptabilidad	Sin alteración	41	65	19	30.1	1	0.004	0.952
	Con alteración	2	3.1	1	1.5			
Permeabilidad	Sin alteración	38	60.3	19	30.1	1	0.696	0.404
	Con alteración	5	7.9	1	1.5			

Fuente: Inventario de estrategias de afrontamiento y Cuestionario de Percepción de Funcionalidad Familiar FFSIL n=63

Discusión

El cáncer de mama es una patología cuyo impacto a nivel físico, psicológico, social y económico es de gran trascendencia, representando una crisis paranormativa que afecta a la mujer y su entorno familiar y social, por lo que el estudio del afrontamiento que desarrolle al momento del diagnóstico es de suma importancia para brindar un manejo integral.

Respecto a los datos llama la atención el encontrar pacientes fuera de la edad del rango considerado como riesgo para cáncer de mama ya que la edad mínima fue de 34 años y la máxima 88 años, datos que se asemeja a los obtenidos en el estudio realizado por De Haro Rodríguez et al¹⁷ donde la edad mínima fue de 29 años y la máxima de 95; por lo que la promoción de la autoexploración y la búsqueda intencionada de factores de riesgo es de gran importancia, sobre todo en pacientes con antecedente familiar de cáncer de mama. De las mujeres estudiadas que recibieron manejo quirúrgico, en ninguna se realizó cirugía conservadora lo que coincide con lo encontrado en el mismo estudio, en donde lo relacionan con estadios de enfermedad muy avanzados, sin embargo en nuestro trabajo los estadios más frecuentes fueron el estadio 2 y 3, sin embargo este tipo de cirugías conlleva mayor riesgo de reincidencia.

Aunque la percepción de la funcionalidad familiar se encontró mayormente en familias funcionales y moderadamente funcionales, llama la atención que en

todas la comunicación familiar tuvo puntuaciones bajas asociadas a que no pueden hablar libremente de cualquier tema; incluso algunas decidieron no comunicar a sus familiares que se encontraban enfermas datos similares a los obtenidos por Faló Zamora et al¹⁹. La mayoría de las mujeres estudiadas cuenta con una familia nuclear (casadas y unión libre) lo cual coincide con los estudios realizados por De Haro Rodríguez et al¹⁷, Reich Micaela et al²⁰ y González Ramírez et al²¹ donde el esposo es considerado la principal fuente de apoyo para la paciente.

La mayoría de las mujeres del estudio utiliza estrategias de afrontamiento activo, principalmente la encaminada a la resolución del problema, datos que coinciden con la mayoría de los estudios realizados en población mexicana^{17,20}.

De acuerdo a lo encontrado las mujeres con pareja presentaron mayormente afrontamiento activo con significancia estadística siendo un factor protector para las estrategias de afrontamiento activas, podríamos considerar aquellas mujeres sin pareja como en mayor riesgo de presentar estrategias de afrontamiento pasivas las cuales varios autores asocian a estados depresivos y ansiedad confirmado en los resultados obtenidos por Reich Micaela et al²⁰.

La edad presentó una relación positiva con la estrategia de afrontamiento activo, el nivel educativo medio superior y superior presentaron una fuerte asociación

con las estrategias de afrontamiento activas presentando significancia estadística, lo que coincide con otros estudios^{17,20}, el tratamiento médico no presentó relación con las estrategias de afrontamiento empleadas lo que difiere de los demás estudios, puede deberse a que la mayoría de las pacientes ya tienen mayor tiempo bajo tratamiento (24 meses).

Aunque nuestros resultados coinciden con De Haro Rodríguez¹⁷ en donde la estructura familiar se relaciona con las estrategias de afrontamiento activo, en nuestro trabajo se ha estudiado la percepción de la funcionalidad familiar encontrando que el tener una familia funcional es un factor protector para dichas estrategias.

De acuerdo a lo encontrado en nuestro estudio el evaluar las estrategias de afrontamiento y la percepción de funcionalidad familiar son herramientas que nos permitirán brindar una atención integral e incluso evaluar el realizar intervenciones y/o trabajo de familia para una mejor adaptación y apego al tratamiento.

Conclusiones

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. No se encontró relación de las estrategias de afrontamiento con el estadio de la enfermedad, el tratamiento, ni con la presencia de comorbilidades. La mayoría de las pacientes del estudio perciben tener una familia funcional, sin embargo, la dimensión de la comunicación presenta valores bajos, por lo que el médico familiar debe promover una comunicación clara y directa, que le permita a la paciente tener una mejor comprensión de su patología a nivel familiar. 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.

Referencias

1. Garza-Elizondo T., Gutiérrez-Herrera. R. F. Trabajo con Familias. Abordaje medico integral. 3ª ed. México: El Manual Moderno; 2015:1-29.
2. Rosique S. M. T., López M. B., Polo U. C., López G. ML., Sanz A. MT., González de V. C. El reto de la terapia de familia: estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un centro de salud mental. *Clínica Contemporánea* 2015;6(1):33-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2015a4>

3. Puello S. Mildred., Silva P. Martha., Silva S. Adriana. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con adolescentes. *Rev Diversita. Perspectivas en psicología.* 2014;10(2):225-246.
4. Comité Organizador del Consenso, Presentación. *Archivos en Medicina Familiar* 2005;7(11). Disponible en: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789001>.
5. Hernández C. L., Cargill F. NR., Gutiérrez H. G. Funcionalidad Familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Rev. Salud en Tabasco.* 2012;18(1):14-23.
6. Nayara L. C. Sánchez M. JI., De Santiago G. J. Cáncer de mama en Her-2-neu y receptores hormonales positivos. Tratamiento sistémico primario, biopsia del ganglio centinela y hormonoterapia. *Rev. Chel. Obstet Ginecol* 2013;78(1):44-47
7. Hernández M. F., Landero H. R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica UST* 2014;11(1): 99-104.
8. Porciúncula F. A., Aberici P. C. González MC. The influence of body composition on quality life of patients with breast cancer. *Nutr Hosp* 2013;28: 1475-1482. DOI: 10.3305/nh.2013.28.5.6705
9. Martínez I. L. Impacto psicológico de la mastectomía en la mujer: el rol de la enfermera. Tesis 2014. Disponible en internet en: <http://hdl.handle.net/10810/13007>
10. Moreno L. S.L., Lara M. FU., Alvarado A. S. Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología.*2014;13(1):47-52.
11. Del Basto M. K., Martín P. MAE. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en cáncer de mama. Tesis. Universidad de la Sabana Chía, Octubre 2007. Diplomado en psicología de la salud. Disponible en internet en: <http://hdl.handle.net/10818/1678>
12. Diario Oficial de la Federación. Norma oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. 2011. Disponible en internet en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202
13. Pérez G. E., De la Cuesta F. D., Louro B. I., Bayarre V. H. Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la Salud Humana.* 1997;4(1):63-66
14. Cano García F.J. Rodríguez FL. García Martínez J.

Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Actas Esp Psiquiatr 2007;35(1):29-39.

15. Ojeda S.S., Martínez J.C. Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Rev. Enferm Herediana.2012;5(2):89-96.

16. Ornelas M. RE., Tufiño T. MA., Vite S. A., Tena G. O., Riveros R. A., Sánchez S. JJ. Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la escala COPE breve. Psicología y Salud. 2013;23(1): 55-62.

17. De Haro R. MA., Gallardo V. LS., Martínez M. L., Camacho C. N., Velázquez T. J., Paredes H. E. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. Rev. Psicooncología.2014;11(1):87-99

18. Aguilar C. M.J., Neri S. M., Mar V. N., Gómez V. E. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. Nutrición Hospitalaria. 2013;28 (5):1453-1457

19. Faló Z. C., Villar A. H., Rodríguez B. E., Mena C. M., Font G. Antoni. Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: la opinión de las pacientes. Psicooncología.2014;11(2-3):313-331. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47391

20. Martínez B. AE., Lozano A. Andrea., Rodríguez V. AL., Galindo V. O., Alvarado A. S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(1):53-58

21. González R. LP., Estrada P. C., Robles G. R., Orozco M. I., Meda L M, Daneri N.A. Estudio exploratorio de relación entre la percepción de apoyo social instrumental y la modificación de roles familiares en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología. 2014;11(1):59-69. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44917