

Investigación

Riesgo familiar total en familias con mujeres diagnosticadas con neoplasia de mama[†]

Total family risk in families with women diagnosed with breast cancer

Risco familiar total em famílias com mulheres diagnosticadas com neoplasia da mama

Nancy Cecilia Charrys-Bravo*

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo/

Charrys-Bravo NC. Riesgo familiar total en familias con mujeres diagnosticadas con neoplasia de mama. Rev.cienc. cuidad. 2017;14(2):8-21

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo familiar total de las familias con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que asisten a un centro de salud oncológico en la ciudad de Barranquilla. **Materiales y Métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo. Se utilizó el instrumento Riesgo Familiar Total RFT 5-33. El universo estuvo conformado por familias con mujeres diagnosticadas con cáncer en mama. La muestra fue de 41 familias que integraron a 154 miembros; se abordó el estudio de manera censal, y no por medio de una muestra, porque el acceso a la información de la totalidad de la familia fue viable. **Resultados:** Los resultados mostraron que las familias, en su mayoría, son de tipo 2. El 68 % de las pacientes categorizan sus familias como amenazadas, el 5 % como familias de alto riesgo y un 27 % de las familias con un bajo riesgo. **Conclusiones:** Los hallazgos encontrados en esta investigación son importantes para las familias, lo cual permitirá establecer acciones y actividades que logren orientar e implementar procesos de atención específicos con el propósito de cuidar a las familias para que se mantengan sanos en un nivel de bajo riesgo; además, desarrollar controles y seguimiento a aquellas familias que se encuentran en un riesgo alto de amenazas, mediante acciones de promoción y prevención de la enfermedad de una manera amplia. Por lo anterior, se deben emprender programas más agresivos de prevención y promoción, especialmente con las familias que asisten en busca de apoyo médico para este padecimiento; de esta forma, se podrán diagnosticar los casos de forma temprana y proceder al respectivo tratamiento.

Palabras clave: Familia, mujeres, neoplasias de la mama, riesgo.

Abstract

Objective: To determine the total family risk with women diagnosed with breast cancer, that attend an oncological health center in the city of Barranquilla. **Materials and Methods:** The study was descriptive, cross-sectional with a quantitative approach. The instrument of Total Family Risk RFT 5-33 was used. The universe was composed by families with women diagnosed with breast cancer. The sample were 41 families integrated by 154 members; the study was approached as a census, and not through samples, because the access to the information in its entirety was viable. **Results:** The results showed that the families, in their majority are from type 2. 68% of the patients categorize their families as threatened, 5% as families of high risk, and 27% of the families as low risk. **Conclusion:**

[†] Este artículo se deriva de la investigación titulada: Familias con mujeres diagnosticadas con cáncer en mama desde el enfoque de riesgo familiar total, para optar al título de Magister en Enfermería, con énfasis en Salud familiar.

The data found in this research, is important for the families, which will allow to establish actions and activities to orientate and implement processes of specific attention, with the purpose of taking care of the families in order to keep them healthy and in a level of low risk; also, to develop controls and monitoring, to those families that have a high risk of threat through actions of promotion and prevention of the disease in a broad manner. Consequently, more aggressive programs of prevention and promotion must begin, especially with the families that attend in search of medical support for this condition; this way breast cancer cases can be diagnosed early and proceed to the proper treatment.

Keywords: Family, women, breast cancer, risk.

Resumo

Objetivo: Determinar o risco familiar total das famílias com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que assistem a um centro de saúde oncológica na cidade de Barranquilla - Colômbia. **Materiais e Métodos:** O estudo foi de tipo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Utilizou-se o instrumento Risco Familiar Total RFT 5-33. O universo esteve conformado por famílias com mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A amostra foi de 41 famílias que integraram a 154 membros; se abordou o estudo utilizando um censo, e não por meio de uma amostra, porque o acesso à informação de todas as famílias foi viável. **Resultados:** Os resultados mostraram que as famílias em sua maioria são de tipo 2. O 68% das pacientes categorizam suas famílias como ameaçadas, o 5% como famílias de alto risco, e um 27% das famílias com um baixo risco. **Conclusões:** Os resultados encontrados nesta pesquisa, são importantes para as famílias, já que podem-se estabelecer ações e atividades que logrem orientar e implementar processos de atendimento específicos, com o propósito de cuidar às famílias para que se mantenham saudáveis num nível de baixo risco; assim como também desenvolver controles e seguimentos, sobretudo a aquelas famílias que se encontram num risco alto de ameaças, através de ações de promoção e prevenção da doença de uma maneira ampla. Portanto, se devem empreender programas mais agressivos de prevenção e promoção, especialmente com as famílias que assistem em procura de apoio médico para este padecimento; e desta maneira conseguir diagnosticar os casos de forma precoce e proceder ao respectivo tratamento.

Palavras-chave: Família, mulheres, neoplasias da mama, risco.

Introducción

El cáncer de mama es una de las causas de mayor morbilidad en mujeres de todos los países del mundo, ocupando el primer puesto en presentación, con 1,3 millones de casos (1). De acuerdo con las proyecciones de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), por sus siglas en inglés, este tipo de cáncer se perfila como un problema de salud pública. En Colombia, en el 2012, se presentaron 8.686 casos, con un porcentaje de 12.2% de nuevos casos y muertes ocasionadas por esta enfermedad (2).

En Colombia, este cáncer ocupa el primer puesto en incidencia en la mujer y es la segunda causa de muerte (1). De acuerdo con lo revelado por la Sociedad Americana del Cáncer en 2011, un 70 % de los cánceres en América Latina son diagnosticados cuando la enfermedad ya es incurable (3). Según datos de la

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), desarrollada por Profamilia (2010), se registra que la incidencia de cáncer de mama sea de 31.2 casos nuevos por cada 100.000 mujeres, con un estimado de 7.000 casos nuevos por año en todo el país (4).

El estudio efectuado en la ciudad de Barranquilla (1), realizado entre la Universidad Libre y la Secretaria de Salud Municipal, mostró que el cáncer en mama representó la neoplasia de mayor incidencia y prevalencia entre la mujeres de 20 a 65 años, en el 2012, ampliándose aún más el rango de edad de afectación por la enfermedad en las mujeres de esta zona de Colombia.

Según el informe de la IARC, en su reporte mundial del año 2012, se presentó un incremento a 12,1 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes. Para el año 2020, la IARC realizó estimaciones de

una ampliación trascendental a 19,3 millones de nuevos casos, como consecuencia de los patrones de crecimiento de la longevidad y población global (5).

El National Cancer Institute (NCI) (6), menciona que en Latinoamérica se presentaron nuevos casos por regiones en mayores proporciones en América del Norte, con tasas de ocurrencia y la respectiva mortalidad según edad de 123,8 casos por 100.000 y 22,6 casos por 100.000 mujeres por año, proporcionalmente en la fase 2006-2010. Además, las proyecciones de IARC, en su informe Globocan 2012 (7), confieren una tasa de incidencia de acuerdo con la edad de 35,7 casos por 100.000 y, por otro lado, una tasa corregida de 10,8 casos por 100.000 de mortalidad, según la edad.

La presencia de una enfermedad afecta la dinámica familiar y, en el caso del cáncer de mama, afecta a algún miembro, perturba la relación interna, se desequilibra la economía, se turba la comunicación afectiva entre padres, hijos y cuidadores y el contexto en la atención integral se torna crítico y perjudicial (8). Ante esta inesperada experiencia, pueden ocurrir ciertas modificaciones o alteraciones en las formas y estilos de vida de más miembros de la familia de estos pacientes, en el marco del tratamiento y el bienestar del mismo (5).

Para analizar estos cambios en el estilo de vida de la familia, es preciso, primero, conocer el concepto de familia. Por definición socio-histórica, la familia es el núcleo de la sociedad. Similar concepción se recoge en la Constitución Política de Colombia, en donde se establece que “la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla” (9).

“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” (10-11).

“Durante su proceso de desarrollo, la familia pasa por periodos sucesivos, en que se presentan situaciones y contextos determinados que logran producir escenarios que colocan en riesgo al grupo familiar” (10). Sobre el riesgo familiar total, según las teorías, este puede ser definido como la posibilidad de efectos adversos individuales y/o familiares (desorganización, disfunción o enfermedad), debido a la aparición de ciertas tipologías reveladas al momento de la valoración. Este riesgo incluye dos clases primordiales: la primera enuncia la naturaleza correspondiente a la medición del riesgo; la segunda concierne a los sistemas de salud y su operación” (12).

La familia que vive la experiencia de tener a un miembro con cáncer de cualquier tipo se ve enfrentada a una situación nueva y, en muchas ocasiones, es necesario, incluso, que se traslade desde su habitual vivienda para ir en búsqueda de la atención especializada. Adicionalmente, se encuentra con una enfermedad compleja que requiere la realización de numerosos estudios para confirmación del diagnóstico y planeación del tratamiento, procedimientos que demandan gran cantidad de tiempo y altos costos (3,13).

la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama conlleva a que, tanto la mujer aquejada como sus familiares, se enfrenten a decisiones difíciles y retos en los cuales esta patología se convierte en un gran desafío para la vida de la familia, puesto que ninguno de los miembros permanece indemne, generando, a veces, cambios en las relaciones de pareja cuando existen configuraciones establecidas entre ellos, situación que impone un importante desafío a la habilidad del grupo familiar para conservarse relativamente organizado en tanto se ajusta a las diversas necesidades (14).

El diagnóstico de cáncer en la mujer produce, de manera inmediata, un impacto en la familia al igual que en su círculo de amistades. Los tratamientos implementados como la quimioterapia y la mastectomía -entendida esta última como una cirugía de gran complejidad-, hacen que las mujeres, así como también los familiares, interactúen constantemente a través de reacciones de miedo: miedo a la pérdida, miedo al cáncer e, incluso, miedo a la muerte (15).

Es indudable que, al momento de recibir el diagnóstico, la vida familiar cambia y en el grupo

se produce un impacto psicoemocional tan fuerte -como el de la propia paciente-, siendo frecuente que aparezcan sentimientos de impotencia, ira, culpa, tristeza, ansiedad, dudas y miedos. Sin embargo, 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, el nivel cultural, el medio social en que viven, el estado de salud de la persona o personas que cuidan y el régimen y horario de trabajo que tengan esos cuidadores (16).

Posterior al diagnóstico, el cáncer provoca reacciones múltiples en la persona que enferma y en su familia, tales como angustia, miedo, preocupación y dolor (17). De acuerdo con Cabrera y Ferraz (18), las reacciones que suponen “el diagnóstico de cáncer van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico; absolutamente toda la red social del paciente se ve impactada por la enfermedad; estas reacciones son determinantes en la forma en que la familia afronta el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar, o a la disolución de la misma”.

En tal sentido, el ambiente y condiciones de la vivienda se deben adaptar para el cuidado del paciente en referencia a la higiene, así como también a los aspectos ambientales. Igualmente, esta situación involucra a los hijos menores dentro del grupo familiar, quienes se ven afectados, de cierta manera, por los riesgos biológicos, psicosociales e individuales. Otro aspecto a considerar son las condiciones socioeconómicas de la familia, debido a que el cáncer es una enfermedad catalogada como de alto costo, según el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) (19), en donde se evidencia que el proceso de atención a los pacientes se dificulta por demoras por parte de la entidad prestadora del servicio (EPS), trayendo consigo molestias a las familias, lo cual influye de manera directa en sus ingresos, además de limitar sus gastos en salud, recreación y educación, pues todas las erogaciones que se hacen van encaminadas al tratamiento de la enfermedad.

La situación personal y familiar descrita debe contar con cuidados de salud por parte de un equipo que incluya, además, profesionales idóneos -los que sean necesarios, según el caso-, con una función precisa y con la meta única de lograr el bienestar de la

persona diagnosticada con una enfermedad y el de su familia, durante todo el proceso (16). Esto significa que el cáncer de mama de un miembro no debe ser el causante de otra enfermedad en otro familiar como consecuencia de las repercusiones que trae.

En el contexto de la enfermería, hablar de cáncer significa referirse a enfermedades graves, tratamientos invasivos e incluso la muerte. El diagnóstico es considerado un acontecimiento grave que afecta tanto al que lo recibe como a su entorno o núcleo familiar y social más directo. Las causas pueden ser diversas: en la enfermedad intervienen factores genéticos, hereditarios, agentes carcinogénicos y sustancias o radiaciones a las que el hombre se expone.

A pesar de que el control y tratamiento de esta enfermedad es difícil, ha dejado de considerarse letal y se incluye en el grupo de las enfermedades crónicas, debido al número de pacientes que se curan o por el número de los que, teniendo remisiones de la enfermedad, sobreviven varios años y, por tanto, necesitan atención especialmente de sus familias.

Desde esa perspectiva, el diseño de estrategias eficaces y eficientes de prevención e intervención en salud requiere la evaluación diagnóstica de los patrones individuales, de la organización familiar y de las condiciones en las que la familia se desenvuelve, por medio de herramientas confiables y válidas que midan la salud familiar y los riesgos de la salud individual y familiar de los usuarios.

Sin embargo, son escasos los estudios que hacen referencia al tema. Los diferentes artículos de investigación encontrados solamente se refieren al cáncer, de manera general, como un factor estresante para la familia. Con ello se afianzó la necesidad de centrar la investigación en la identificación del RFT de las familias con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, en los aspectos relacionados con condiciones sociales, relación al interior de la familia, servicios de salud, vivienda y situación económica, en un centro oncológico de la ciudad de Barranquilla.

Ampliar el conocimiento sobre las diversas situaciones que afectan a la familia y ponen en riesgo su seguridad integral, se constituirá en la base para el desarrollo de otras investigaciones en torno al tema.

Ahora bien, el desarrollo del estudio permite ampliar el conocimiento sobre las diversas situaciones que afectan a la familia y ponen en riesgo su seguridad integral al tener la experiencia de cáncer de mama en uno de sus miembros, aportando elementos para la implementación de programas de cuidado con enfoque de salud familiar.

Para el grupo de salud familiar y su línea de investigación, este trabajo se constituye en una línea de base para la estructuración de propuestas dirigidas a las instituciones de salud por parte del equipo interdisciplinario encargado de la atención a las pacientes con cáncer de mama, al identificar necesidades sentidas por las pacientes y el grupo familiar desde lo socio afectivo, lo educativo y la seguridad, así como de la calidad en la prestación de servicios de salud.

Para los profesionales de la enfermería, este estudio se constituye en una herramienta para fortalecer los lazos de unión con las pacientes y su grupo familiar, con el fin de que, conjuntamente, desarrollen planes de intervención integrales que coadyuven a una mejor calidad de vida, una sana convivencia y una muerte digna.

Materiales y Métodos

El estudio fue de tipo descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo. La población y muestra estuvo

constituida por 50 mujeres (incluyendo a su grupo familiar) diagnosticadas con cáncer de mama que asistieron a consulta en un centro de salud oncológico en la ciudad de Barranquilla, durante el periodo de tiempo en que se realizó el estudio. Se entrevistaron, en total, 154 personas, 50 pacientes y 104 miembros del grupo familiar (74 adultos y 30 adultos mayores)-. La recolección de la información se le realizó de manera directa con la paciente y su grupo familiar, utilizando un instrumento diseñado para la determinación del riesgo familiar total, en correspondencia con los objetivos del estudio.

Los criterios de inclusión para la selección de los miembros de las familias fueron: que el informante que respondiera el instrumento fuera adulto, hubiese convivido con la familia durante el último año y estuviera en capacidad física y mental para responder al instrumento, además de aceptar participar en la investigación.

Para la recolección de los datos, se empleó el instrumento Riesgo Familiar Total RFT 5-33 (11), previa autorización de la autora para la aplicación en la investigación. El instrumento consta de 33 ítems que evalúan, en conjunto, el riesgo familiar total. Éstos tienen puntuación de 1 y 0, y, a su vez, se encuentran distribuidos en las 5 dimensiones del riesgo familiar, las cuales se describen en la tabla 1:

Tabla 1. Estructura del instrumento de factor de riesgo total.

FACTOR	DESCRIPCIÓN
Condiciones psicoactivas	Desarmonía o riñas de pareja, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.
Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidado de la salud y manejo de problemas prevalentes.
Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto a organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.
Situación socioeconómica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.
Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejo de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.

Fuente: Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, 2004.

El instrumento RFT 5-33, fue validado en población colombiana en los estratos socioeconómicos bajos, aplicándose a 2.364 familias distribuidas en 17 departamentos y 76 municipios del país (12). Este instrumento tiene un nivel de confiabilidad admisible, estimada mediante la utilización del coeficiente de consistencia Kuder-Richardson #20, el cual tiene una consistencia entre .6 y .76, revelando que son factores homogéneos y altamente consistentes. El rango de correlaciones ítem-prueba se ubica entre .27 y .87. El factor más estable es el de condiciones psicoafectivas, mientras que el menos homogéneo es el que se refiere al manejo de menores. Asimismo, el índice de consistencia para la prueba total es de .86, mostrando que la escala también es altamente homogénea, a pesar de estar subdividida en diferentes factores (11).

Este instrumento se estructura en cinco componentes: los cuatro primeros no conllevan puntajes pero permiten determinar particularidades propias de las familias y sus miembros; por su parte, el quinto elemento, busca valorar y estimar los factores de riesgo de las familias. A continuación se detallan cada uno de estos componentes (5):

- a) Identificación de la familia: está compuesto por 15 ítems propuestos para la identificación de la familia y el sujeto que aporta y suministra los datos, del sitio que contiene detalles que identifican la familia, asimismo los antecedentes que corresponden al tipo de familia en relación con la ubicación, geohistograma y constancia en el sector. En referencia a las tipologías familiares, éstas se catalogan como familia nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstruida, familia numerosa, extensa modificada y atípica. La permanencia en el sector se cataloga de acuerdo con el tiempo de residencia en el lugar (5).
- b) Estructura de la familia y riesgos individuales: se circunscribe a la identificación de los miembros de la familia y su estructura demográfica; además, los datos característicos que determinan riesgo en ellos, el cuidado en la salud (género, edad, rol, riesgo individual, servicios de salud, nutrición, vacunas y otras) y se identifica a cada miembro, incluyendo a los fallecidos (5).
- c) Antecedentes familiares: en este componente se ubican los antecedentes de enfermedades de orden

familiar. Está constituido por 19 ítems que analizan las condiciones psicológicas, biológicas y sociales que están presentes en los miembros del grupo familiar, teniendo en cuenta tres generaciones hacia atrás (20).

- d) Instituciones de apoyo: este elemento incluye los grupos o redes sociales a los que pertenecen los integrantes de la familia, según su situación, así como su percepción de si se sienten apoyados. “Adquiere importancia y se consideran parte del patrimonio de la familia cuando las condiciones psicosociales de éstas son deprimidas o existen dificultades en la organización y funcionamiento familiar”, afirman Sánchez y Cataño (20).
 - e) Factor de riesgo: esta sección cuenta con 33 ítems que valoran, en conjunto, el riesgo familiar total. Éstos obtienen una puntuación de 1 a 0 y se encuentran constituidos por cinco subcategorías, cada de las cuales representa una dimensión del riesgo familiar total (22).
- Familias con riesgo bajo: son aquellas que muestran ambientes propicios, que asumen prácticas habituales individuales y grupales saludables y, además, tienen el conocimiento y apoyo de los equipos de salud. Sus contextos de organización tanto de vivienda como del vecindario son seguros y mantienen vigilancia y control de las amenazas hacia la salud individual y familiar (22).
 - Familias amenazadas: son aquellas en que se muestra, por su estructura e interacciones psicoafectivas, discordancia y conflicto para el manejo de los menores asociados con las prácticas habituales inciertas. Estas familias tienen un apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud, además, viven en contextos perjudiciales de vivienda y vecindario, lo cual proporciona un estado de amenaza para la salud del individuo y su grupo familiar (22).
 - Familias con riesgo alto: son aquellas que “mediante su constitución e interacciones psicoafectivas contrarias o de discordancia, junto con la pérdida de control en el manejo de los menores, exponen una acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar. Las familias de alto riesgo ocupan prácticas habituales inciertas,

no poseen la accesibilidad o hacen mal uso de los servicios de salud” (22). A este ambiente se le agregan condiciones nocivas de vivienda y vecindario que mantienen en peligro constante la salud de los individuos y del grupo familiar como unidad (21).

En esta investigación, la valoración del instrumento se realizó en un momento particular, considerando que estos resultados pueden cambiar durante su trayectoria de vida familiar, teniendo en cuenta que la familia se encuentra en un sistema cambiante (11).

Para la interpretación de los resultados se codificaron y se procesaron los datos en un programa de Excel 2010, con base en el análisis y el cruce de información de los datos obtenidos, se utilizaron cálculos de frecuencia absoluta y porcentajes; para su representación se emplearon tablas y diagramas. De igual manera, se utilizó la estadística en la interpretación de los resultados y tipologías diagnosticadas y se realizó una proporción de los casos en los que se evidenció que las familias no tienen hijos menores de 12 años (22).

Esta investigación también tuvo en cuenta las consideraciones éticas enunciadas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (23), en especial los capítulos I y II que hacen referencia al conocimiento y autorización por parte de los participantes. Es así como se obtuvo el consentimiento informado escrito por parte de las pacientes y sus familias, con las excepciones dispuestas en la resolución, que buscan proteger la privacidad del individuo y de la familia que actúan como sujetos de investigación. De igual manera, se contemplaron los principios de la Ley 911 de 2004 (24), la cual se refiere al código deontológico para ejercer la profesión de enfermería, de acuerdo con los principios de autonomía, beneficencia, confidencialidad y la privacidad.

Adicionalmente, para el desarrollo de la investigación se contó con la autorización de la institución oncológica, mediante el aval académico de la Universidad Nacional de Colombia en la Maestría de Enfermería, en la línea de investigación de Cuidado y Práctica de Enfermería, Salud Familiar y Medición en Salud.

Objetivos

Objetivo general

Determinar el riesgo familiar total de las familias con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que asisten a un centro de salud oncológico en la ciudad de Barranquilla.

Objetivos específicos

- Describir la composición familiar por sexo, edad, tipología familiar, antecedentes y sistemas de apoyo de las familias con mujeres que presentan cáncer en mama del estudio.
- Identificar las categorías de condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud de las familias con mujeres que presentan cáncer en mama del estudio.
- Describir las condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y cuidado integral de los menores, de las familias con mujeres que presentan diagnóstico de cáncer en mama del estudio.

Resultados

La investigación se desarrolló con familias de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un centro de salud oncológico en la ciudad de Barranquilla – Colombia, durante el 2012. En el proceso de recolección de los datos no se presentó ninguna limitación por parte de las familias en el momento de aplicación del instrumento.

Composición de la familia

Según la caracterización familiar con el enfoque de riesgo de las familias de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, se determinó que, del total de las 50 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, los miembros de sus familias sumaron un total de 104 individuos, de los cuales se identificó que el 53,9 % correspondió al sexo femenino, que el grupo etéreo de mayor predominio estuvo entre 31 - 49 años (29 %) y solamente el 3.2 % hace parte de la población menor de 12 años. Por otro lado, se evidenció que el promedio de integrantes por familia fue de 3 a 4 integrantes, correspondiente al tipo de familia extensa, con un 56 %.

El 27 % de las pacientes eran cabeza de hogar, el 96 % se encontraba vinculado al sistema general de seguridad social (SGSS), siendo el régimen contributivo el de mayor porcentaje, con un 53 %. Así mismo, se identificó que las familias de las pacientes consideraron estar aparentemente sanas (49 %) a pesar que dentro de las patologías identificadas hay un alto predominio de hipertensión (63 %) y diabetes (29.6 %), consideradas enfermedades crónicas no transmisibles, situación que incrementa el riesgo familiar total. Desde el punto de vista del RFT, se halló que el 17 % de las familias se

encuentra en alto riesgo, el 61 % en amenaza de riesgo y un 22 % en bajo riesgo.

En relación con lo planteado anteriormente, se determinó que, en la población objeto de estudio, el 73 % se encuentra en la escala de familias amenazadas (ver tabla 2), lo cual pone de manifiesto que no tenían el total apoyo ni de su grupo familiar ni del sistema de salud, presentando igualmente factores psicoafectivos y conflictos con los menores de edad como consecuencia de su estado de salud.

Tabla 2. Distribución de las familias según el factor de condiciones psicoafectivas.

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR	Frecuencia	%
Familias con riesgo bajo	9	22
Familias amenazadas	30	73
Familias con riesgo alto	2	5
Total	41	100

Fuente: Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, 2004.

Condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud

En cuanto a los ítems relacionados con condiciones psicoafectivas, los resultados muestran que la principal amenaza para los familiares de las mujeres con cáncer en mama es la ansiedad permanente por problemas familiares con un 75,6 %, seguida de la desarmonía conyugal con un 31,7% y la violencia intrafamiliar con un 26.8%.

Así mismo, en esta dimensión se estableció que el 22 % de las pacientes y sus familias se encuentra ubicado en bajo riesgo, mientras que el 73 % se encuentra amenazado; en menor porcentaje están los de riesgo alto con un 5 % (Tabla 2). Al analizar los datos individuales de los ítems que componen la escala de riesgo familiar total, se encontró que sobresale un 76 % de pacientes con sus familias que registró ansiedad permanente por problemas familiares y un 32 % que presentó desarmonía conyugal. En esta segunda dimensión se evaluaron las prácticas y

los servicios de salud. Se identificó un alto porcentaje relacionado con manejo inapropiado de salud dental (73 %), situación coherente con la descripción previa que se hizo de los informantes, donde se consignó el mal estado de sus dentaduras como elemento característico en las pacientes entrevistadas. De igual forma, se encontró que hay una clara ausencia de información sobre servicios de salud (56 %), hecho que se corrobora con la existente falla para la detección de riesgos familiares (41 %) y la subutilización de servicios de salud disponibles (39 %).

Con referencia al factor de condiciones según prácticas y servicios de salud, los resultados mostraron que la proporción de familias amenazadas, junto con las de riesgo alto, integran el 90 % de las familias, mientras que sólo un 10 % se identificó como familias con bajo riesgo, tal como se puede apreciar en la Tabla 3, evidenciado la necesidad de intervención de las instituciones de salud con el propósito de mejorar este indicador.

Tabla 3. Distribución de las familias según el factor de condiciones según prácticas y servicios de salud.

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR	Frecuencia	%
Familias con riesgo bajo	4	10
Familias amenazadas	32	78
Familias con riesgo alto	5	12
Total	41	100

Fuente: Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, 2004.

Condiciones de vivienda y vecindario

Con respecto a las prácticas y servicios de salud, en la dimensión de vivienda y vecindario se evaluaron los siguientes ítems: falta de uso de saneamiento ambiental, condiciones insalubres del vecindario, higiene y organización deficiente del hogar, ausencia de servicios públicos, problemas de ventilación e iluminación o almacenamiento de alimentos. Para los informantes, el mayor riesgo lo constituyen los

problemas de ventilación, iluminación o alimentos, con un 27%, seguido de la vivencia en condiciones insalubres del vecindario (24%) y la falta de uso de saneamiento ambiental (24%).

En la Tabla 4 se observa la distribución según escala de RFT para el factor de condiciones de vivienda y vecindario, donde se identificó que existe un 34% de familias amenazadas, un 12% con riesgo alto y un 54% de familias con bajo riesgo.

Tabla 4. Distribución de las familias según el factor de condiciones de vivienda y vecindario.

Modalidades	Frecuencia	%
Familias con riesgo bajo	22	54
Familias amenazadas	14	34
Familias con riesgo alto	5	12
Total	41	100

Fuente: Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, 2004.

Los ítems evaluados en esta dimensión fueron: ingresos escasos pobreza, falta de recreación, ociosidad en algún miembro de la familia, problemas de salud no resueltos ni controlados e inaccesibilidad a servicios de salud. Al detenerse en los datos de cada uno de los ítems que componen esta dimensión, se puede establecer que hay resultados que llaman la atención: el 78% de las familias no cuenta con ingresos suficientes para cubrir las necesidades de salud y la ociosidad, en algún miembro de la familia, fue reportada en el 46% de las familias.

Adicionalmente, se aprecia la falta de recreación en el 76% de las familias, lo cual es claramente consistente

con el hallazgo según el cual sólo el 7% de núcleos familiares cuenta con un grupo recreativo como fuente de apoyo familiar. Casi la tercera parte de las familias presenta problemas de salud no resueltos o controlados (32%). La inaccesibilidad a servicios de salud y la pobreza también son aspectos que requieren atención, ya que se presenta entre el 10% y el 15% de las familias.

Con referencia al factor de condiciones de la situación socioeconómica, se identificó que el 76% de las familias se encuentra amenazado y en riesgo alto, mientras que apenas un 24% de las familias presenta riesgo bajo.

Los datos de la Tabla 5 obtenidos en la evaluación del RFT, muestran que las familias amenazadas son las de mayor prevalencias (68 %), las de menor prevalencia

son aquellas con alto riesgo (5 %), mientras que las familias de riesgo bajo corresponden al 27 % de la población objeto de estudio en esta investigación.

Tabla 5. Distribución de las familias según escala del riesgo familiar total.

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR	frecuencia	%
Familias con riesgo bajo	11	27
Familias amenazadas	28	68
Familias con alto riesgo	2	5
Total	41	100

Fuente: Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, 2004.

Discusión

de acuerdo con los resultados, casi la tercera parte de las pacientes eran cabezas de hogar, coincidiendo, con lo reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Profamilia (4), en donde se encontró que en el 34 % de los hogares las mujeres son las jefes de hogar, evidenciando la tendencia creciente en la jefatura femenina de los hogares colombianos.

La estructura familiar actual se ha modificado de un esquema tradicional hacia nuevos modelos, que son el producto de diversos factores, entre los cuales se encuentran la maternidad no marital, el divorcio, los matrimonios pospuestos a la maternidad, la monoparentalidad, las transiciones y los segundos matrimonios que dan lugar a familias reconstituidas o binucleares (4).

Otro aspecto de importancia es que en casi la mitad de las familias la paciente es el único miembro de género femenino. Este resultado es de gran preocupación, teniendo en cuenta que el diagnóstico de cáncer y la realización de la mastectomía ocasionan cambios en la vida de la mujer, así como en su contexto familiar. Estos cambios involucran los roles ocupados por la mujer y sus familiares, con disminución en el desempeño de las actividades personales, aumento de los cambios de comportamiento y en la forma de ser de la mujer y de los familiares. Esto concuerda con los resultados del censo realizado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) en el 2005, según el cual, en Barranquilla, el 52,9 % de la población es femenina del total de 1.112.889 habitantes y las familias están constituidas principalmente por mujeres (25).

Según la percepción del riesgo de salud en las familias, los cambios en la composición familiar pueden aumentar la capacidad de adaptación en las personas y grupos, de acuerdo con las circunstancias. De igual manera, pueden ocasionar deterioro en el sistema familiar y en cada uno de sus miembros, llevando a que los riesgos biopsicosociales aumenten en los individuos y, por lo tanto, incidan en la generación de enfermedades (26).

Los cambios que se ocasionan en la composición familiar traen como consecuencia la disminución de la capacidad de adaptación en las personas y grupos, originando un deterioro en el sistema familiar de sus miembros, contribuyendo a que los riesgos biopsicosociales se incrementen y, por lo tanto, incidan en la generación de enfermedades.

En este sentido, el enfoque de riesgo es definido por Amaya como “cualquier característica o circunstancia averiguable o comprobable de una persona o un grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar, o estén especialmente afectados de manera adversa, a un proceso mórbido” (11).

De otra parte, la ENDS (4) informa sobre la salud de los colombianos, que esta es percibida como excelente, muy buena y buena, relacionado esto, posiblemente, con la población que reside en áreas urbanas y que tiene una tendencia mayor a percibir su salud de esa forma, señalando a los pacientes de su familia, en mayor porcentaje, como aparentemente sanos, aunque un porcentaje de importancia se encuentra en el

segundo lugar, indicando el riesgo percibido como de enfermos (5).

Con respecto a antecedentes de carácter familiar, se tuvieron en cuenta los antecedentes médicos y psicológicos incluidos en el RFT, 5-33, presentes en la familia o en los consanguíneos. Para los antecedentes de morbilidad se descubrió que la totalidad de las pacientes poseen antecedentes de cáncer. Al respecto, el estudio de Prolla et al. (27) reveló que “el cáncer de mama es una enfermedad multifactorial en la que los factores genéticos y ambientales contribuyen a su aparición”.

La característica hereditaria de la enfermedad produce una elevada preocupación y alerta a las e instituciones de salud en el sentido de implementar programas orientados a la prevención y detección temprana de la enfermedad, teniendo en cuenta que este es un serio problema de salud pública, logrando así disminuir aproximadamente el 30 % de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años (5, 28).

En este sentido, otra situación relevante que se descubrió en el grupo de pacientes con elevado riesgo de padecer la enfermedad tiene que ver con la presencia de una serie de factores y marcadores de riesgo. Los resultados evidenciaron la presencia, en un gran porcentaje, de enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión, diabetes y artritis; en menor porcentaje, antecedentes de infecciones menores, anemia, alcoholismo, asma y enfermedades renales. Así mismo, se presenta enfermedad mental y maltrato.

Los hallazgos sobre la presencia de enfermedades crónicas, guardan similitud con lo reportado por el Ministerio de la Protección Social, entidad que señala que, para el año 2014, el infarto, la trombosis, la hipertensión y la diabetes están en la lista de las 10 principales causas de mortalidad en Colombia, lo cual pone al país frente a una epidemia de enfermedades cardiovasculares (ECV) (29).

En cuanto a las condiciones psicoafectivas, los resultados revelaron que la principal amenaza para los familiares de las mujeres con cáncer de mama era la ansiedad permanente por problemas familiares, seguida de la desarmonía conyugal y la violencia intrafamiliar. Resultados similares a los presentados

por Fernández et al. (30), quienes afirman que “el diagnóstico de cáncer de manera inmediata produce un impacto en la familia de la persona, al igual que en su círculo de amistades”.

Asimismo, se descubrió que, en un alto porcentaje, las pacientes y sus familias se encuentran amenazadas; adicionalmente, casi las tres cuartas partes presentaron problemas de ansiedad, lo que demuestra la vulnerabilidad de las pacientes y sus familias. Para Moreno et al. (31), la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama, lleva a los familiares -y al paciente-, a encontrarse con difíciles decisiones y enfrentamientos.

Sobre las prácticas y servicios de salud, en la dimensión de vivienda y vecindario, se encontró que el mayor riesgo lo constituyen, en primera instancia, los problemas de ventilación, iluminación o de alimentos, mientras que, en segunda instancia, aparecen las condiciones insalubres del vecindario y la falta de uso de saneamiento ambiental. Es pertinente contrastar estos hallazgos con el estudio de Betancurth y Amaya (32), quienes encontraron que la correlación entre el riesgo familiar total y la situación económica explica lo descrito por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (4), donde se evidencia que “los factores de riesgo de la salud guardan una estrecha relación con el nivel socioeconómico”.

“De aquí la tendencia generalizada de concebir la problemática de la vivienda en función de lo económico y, por ello, también del estado general de la salud de la población. Por lo tanto, cuando el estado de las viviendas es precario, el número e intensidad de los factores de riesgo son más elevados y las amenazas a la salud son más severas. Es decir, las condiciones de las viviendas se tornan en agentes de la salud de sus habitantes” (4, 32).

A partir de estos resultados, es innegable la existencia de un riesgo para las familias, debido a que los problemas sanitarios y sociales de las áreas residenciales contemplan factores que se consideran riesgosos para el detrimento de la salud familiar. Por lo tanto, al incluir estos factores y las condiciones socioeconómicas de la población, queda claro que los problemas de salud irán en aumento.

Los resultados indican que los ítems de mayor riesgo que se identificaron fueron: las condiciones psicoafectivas, las condiciones de práctica y servicios de salud y condiciones de situación económica y manejo de menores. Todo ello se traduce en reacciones ineficaces que se producen frente a la presencia de la enfermedad del cáncer en uno de los miembros de la familia.

Al contrastar estos resultados con el estudio de Vargas et al. (33), en el cual también se identificaron, en las familias, porcentajes altos de riesgo de ansiedad permanente por problemas familiares, seguido de roles no gratificantes o roles sustitutos y, por último, el divorcio y la separación conyugal, se evidenció que influyen significativamente en las relaciones familiares. El estudio de Mendoza et al. (34), por su parte, obtuvo resultados destacados en la detección de prácticas saludables (92.17 %) y el saneamiento y seguridad del entorno familiar (89.36 %) en riesgo alto, siendo similar a lo encontrado en este estudio. Barnett et al. (35) afirma que “los riesgos cada día cobran mayor relevancia, desde el punto de vista que se debe evaluar su presencia persistentemente en las familias”.

Conclusiones

En virtud de los planteamientos que se han realizado a lo largo del documento con respecto al Riesgo Familiar Total en pacientes con cáncer de mama, se realizan las siguientes conclusiones en relación con los resultados de la investigación:

Con referencia a la composición familiar por sexo, edad, tipología familiar, antecedentes y sistemas de apoyo de las familias con mujeres que presentan cáncer en mama, el estudio destacó que su grupo la familiar correspondía al de familia extensa en su mayoría. Igualmente, el promedio de número de miembros por familia es de 3,7 por familia, siendo el género femenino el de mayor prevalencia sobre la población total. De igual modo, se encontró que el grupo etario de mayor predominio se encontraba entre 31 y 49 años, con un promedio de edad de 34,5 años. En cuanto a los roles identificados en las familias, se halló que el de mayor frecuencia es el de hijo, seguido del de madre y padre, respectivamente.

Con relación a las condiciones psicoafectivas,

servicios y prácticas de salud de las familias, se determinó que el 76 % de familias registraron “ansiedad permanente por problemas familiares”, seguida por desarmonía conyugal con un 32 %, lo que permite visualizar la crisis familiar que se da al enfrentarse ante esta difícil situación que constituye la amenaza de pérdida de un miembro de sus familias a causa del cáncer, sumado a otras situaciones como los gastos económicos que implica el tratamiento y la preocupación frente al cuidado de la paciente. Esta situación se afianza en la dimensión que evalúa la situación económica, donde el 78 % de las familias manifestaron no contar con los recursos económicos suficientes para cubrir las necesidades de salud, aun cuando la gran mayoría cuenta con seguridad social.

En cuanto a las condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y cuidado integral de los menores de las familias con mujeres que presentan diagnóstico de cáncer de mama, del estudio identificó que el 27 % enfrenta riesgo relacionado con la distribución de los sistemas de ventilación, iluminación y distribución de los alimentos. Así mismo, fueron identificadas tres familias que no cuentan con ningún tipo de servicio público (7 %). Estos hallazgos muestran la relación entre el puntaje de riesgo familiar total en las condiciones de vivienda y vecindario con problemas de tipo económico, denotándose que los riesgos son más elevados para la salud como consecuencia del entorno, donde existen problemas sanitarios y sociales de alto riesgo para la familia.

En virtud de lo mencionado y teniendo en cuenta el objetivo general del estudio, se concluye que la valoración con este instrumento RFT 5:33, como aporte al cuidado familiar, permite direccionar las acciones como base para construir un cuidado específico, mantener sanas a las familias en bajo riesgo y hacer un control y seguimiento a las familias amenazadas y en riesgo alto, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de manera holística. En este sentido, resulta necesario generar programas y alternativas que ofrezcan a los afectados los medios para mejorar, o por lo menos restaurar, sus niveles de vida anteriores, su capacidad de generar ingresos y sus niveles de productividad.

Para los profesionales de la enfermería se constituye en una herramienta de importancia para fortalecer los lazos

de unión con las pacientes y su grupo familiar, para que, conjuntamente, desarrollen planes de intervención integrales que coadyuven a una mejor calidad de vida, una sana convivencia y una muerte digna.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Silvera LA, Cález C, Camargo P, Castro Y, Moreno A, Rodríguez C, et al. Análisis de los factores inmunohistopatológicos (receptores hormonales, estrógenos, progesterona y ERB-2) asociados al pronóstico del cáncer en mama en la población de Barranquilla (2008- 2009). *Salud Uninorte* 2012; 23(2): 150-161.
2. World Health Organization (WHO), International Agency for Research of Cancer (IARC). GLOBOCAN: 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Colombia. [Internet]. 2012 [consultado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
3. Costas-Muñiz R, Rodríguez-Loyola Y. El diagnóstico de cáncer de mamas desde una perspectiva familiar: Retos para la Psico-oncología en América Latina. *Interamerican Journal of Psychology* 2013; 47(1): 121-130.
4. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA), Ministerio de la Protección Social de Colombia, Instituto Colombiana de Bienestar Familiar (ICBF), United States Agency for International Development (USAID). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS; Bogotá D.C.: PROFAMILIA; 2010.
5. Charris N. Familias con mujeres diagnosticadas con cáncer en mama desde el enfoque de riesgo familiar total. [Tesis magister]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
6. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse SF, et al. (eds). National Cancer Institute (NCI). Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010. [Internet]. 2013 [consultado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/
7. World Health Organization (WHO), International Agency for Research of Cancer (IARC). Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. Press Release N° 223. [Internet]. 2013 [consultado 16 de mayo de 2016]. Disponible en: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
8. Velásquez-Gutiérrez VF, Velásquez-Restrepo LE. Riesgo familiar total de familias de preescolares con enfermedades prevalentes de la infancia. *Centro de Salud Villa Santana. Pereira. Investig. andina* 2012; 14(25): 530-545.
9. República de Colombia. Congreso de la República. Constitución Política de Colombia 1991. 15ª ed. Bogotá: Momo Ediciones; 2006.
10. Fajardo-Ramos E. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2008; 24 (2): 248-257.
11. Amaya-Rey P. Instrumento Riesgo Familiar Total RTF 5-33 Manual: Aspectos teóricos conceptuales y análisis de la información. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Unibiblos; 2004. p. 17.
12. Velásquez-Restrepo LE. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda. [Tesis magister]. Manizales: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
13. Rodríguez N. Caracterización de familias con pacientes oncológicos atendidos en el Instituto de Cancerología en el año 2003. [Tesis maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
14. Gabrielli- Biffi R, Vilela-Mamede M. Percepción del funcionamiento familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: diferencias de género. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(2): [09 pantallas].
15. Melo E, Silva R, Fernandes A. Relacionamento familiar após a mastectomia: un enfoque no modo de interdependencia de Roy. *Rev. Bras. Cancerol.* 2005; 51(3): 219-226.
16. Vera-Miyar CR. Como ser un buen cuidador de enfermos. Santiago de Chile: Editorial Oriente; 2005.
17. Ovelar-Zubiaga I. El impacto de cáncer en la familia. [Trabajo final]. Navarra, España: Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar; 2012. 66 p.
18. Cabrera A, Ferraz R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista Biomedicina-Medicina Familiar y Comunitaria* 2011; VI (1): 42-48.
19. Colombia. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Título I Disposiciones Generales [Internet] [Consultado 20 agosto 2016] Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

20. Sánchez D. Familias desplazadas desde el enfoque riesgo familiar total. [Tesis de Maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
21. Betancurth-Loaiza DP, Amaya-Rey MCP. Salud familiar general: Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría (Caldas), Colombia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 [consultado 1 de agosto de 2016]; 12(31): 151-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013003300009&lng=es
22. Sánchez D. Familias desplazadas desde el enfoque riesgo familiar total. [Tesis Maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
23. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: Minsalud; 1993.
24. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, octubre 5, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de Colombia; 2004.
25. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Resultados del Censo General 2005. [Internet]. 2005 [consultado 12 abril de 2016]. Disponible en: www.ddhh-colombia.org/html/CENSOGENERALDEL2005.pdf
26. Sanz-Barbero B, Prieto-Flores ME, Otero-García L, Abt-Sacks A, Bernal M, Cambas N. Percepción de los factores de riesgo de cáncer por la población española. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 Abr [consultado 4 de agosto de 2016]; 28 (2): 137-145. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014002200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.008>.
27. Prolla CM, Santos P, Oliveira C, Goldin J, Ashton P. Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015; 23(1): 90-97. ISSN 0104-1169. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0185.2529>.
28. Fernández Á, Reigosa A. Riesgo de cáncer de mama en mujeres con patología mamaria benigna. *Comunidad y Salud*. 2015; 13(1): 78-86.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. Boletín de Prensa No. 077. Viernes 21 de marzo de 2014.
30. Fernández A, Santos M, Silva R. Cáncer de mama: como detectar e cuidar. Fortaleza: Editora UFC; 2005.
31. Moreno-López S, Lara-Medinab F, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2014; 13(1):47-52.
32. Betancurth-Loaiza D, Amaya-Rey M. Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría (caldas). *Hacia promoc. Salud* 2012; 17(1): 29-44.
33. Vargas-Tolosa RE, Méndez-Méndez MA, Aceros-Rolón MZ. Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo. *Rev. cienc.cuidad*. 2012; 9(2): 52-63.
34. Mendoza-Flores M, Amaya-Rey M, García-Méndez G, Nava-Benítez A, Sánchez-Piña R, Hurtado-Ponce A, et al. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24 (4): 236-241.
35. Barnett GC, Shah M, Redman K, Easton DF, Ponder BAJ, Pharoah PDP. Risk factors for the incidence of breast cancer: Do they affect survival from the disease? *J Clin Oncol*. 2012; 26: 3310-3316.