



# BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No.2

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS CON ANTECEDENTE DE  
CANCER DE MAMA EN LA UMF NO 2 DEL IMSS PUEBLA”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD EN **MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**DR. VÍCTOR ADÁN CONDE CORTERO**

DIRECTOR DE TESIS:  
**DRA. ELIZABETH MÉNDEZ FERNÁNDEZ**

ASESOR METODOLÓGICO:  
**DR. ELIZABETH MÉNDEZ FERNÁNDEZ**



**NÚMERO DE REGISTRO: R-2019-2103-006**

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, FEBRERO, 2021





**BUAP**

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No.2

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS CON ANTECEDENTE DE  
CANCER DE MAMA EN LA UMF NO 2 DEL IMSS PUEBLA”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD EN **MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**DR. VÍCTOR ADÁN CONDE CORTERO**

DIRECTOR DE TESIS:  
**DRA. ELIZABETH MÉNDEZ FERNÁNDEZ**

ASESOR METODOLÓGICO:  
**DR. ELIZABETH MÉNDEZ FERNÁNDEZ**

NÚMERO DE REGISTRO:  
**R-2019-2103-006**



H. PUEBLA DE ZARAGOZA, FEBRERO, 2021

## HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

La presente Investigación fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar Número 2, de la ciudad de Puebla, bajo la dirección de la Dra. Elizabeth Méndez Fernández, con el título de "Calidad de vida en pacientes mastectomizadas con antecedente de cáncer de mama en la UMF no 2 del IMSS Puebla", registro ante el IMSS R-2019-2103-006, cuyo autor principal es el Dr. Víctor Adán Conde Cortero, residente de la especialidad de Medicina Familiar. Por lo que hago constar que he revisado el contenido científico de la misma, autorizando su impresión.

ATENTAMENTE

Puebla, Puebla, Enero 2021

Directora de Tesis

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 2, Puebla

  
Dra. Elizabeth Méndez Fernández  
COORDINADOR CLÍNICO DE  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD  
IMSS Elizabeth Méndez Fernández  
Mat. 8 6 7 9 7 9 7

# HOJA DE ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



## Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2103 con número de registro 17 CI 21 114 023 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 006 2017103.  
U MED FAMILIAR NUM 2

FECHA Jueves, 21 de febrero de 2019.

**DRA. ELIZABETH MENDEZ FERNANDEZ**  
**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS CON ANTECEDENTE DE CANCER DE MAMA EN LA UMF NO. 2 DEL IMSS PUEBLA**

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro  
R-2019-2103-006

ATENTAMENTE

**JOSE HUMBERTO CONTRERAS DOMINGUEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2103

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



## **DEDICATORIA:**

**Dedicada a mis padres que siempre han sido mis dos pilares en la vida tanto en lo profesional como personal, quienes con sus consejos me han guiado hasta donde me encuentro en estos momentos.**

**A Maricela Rivas (mi amorcita) por apoyarme en la elaboración y buen termino de esta tesis, además que se ha convertido en la fortaleza de mi vida.**

**A mis hermanos ya que han sido un gran ejemplo con sus acciones e inteligencia para poder lograr mis objetivos.**

**A mis familiares que se han adelantado en este camino, pero que estoy seguro podrán estar orgullosos y ver que culmino esta etapa de mi vida.**

**VICTOR ADAN CONDE CORTERO**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradezco a Dios pues me ha dado la gracia de vivir toda esta experiencia a lo largo de los años, en los que me ha iluminado en todo el camino del cual hay mucho aun por recorrer.

A mi familia que siempre se ha preocupado por mi salud, educación y bienestar en general, me han brindado su amor y apoyo en todo momento de mi formación humana y académica.

A la Dra. Maricela Rivas Lagunes quien me ha apoyado desde que nos conocimos el primer día de residencia en cuestiones laborales, académicas, emocionales y quien fue parte fundamental para la elaboración de esta tesis.

A la Dra. Elizabeth Méndez Fernández quien desde el primer día de la residencia me brindó su apoyo y voto de confianza para desarrollar juntos esta tesis, además de ser una excelente ser humano con grandes cualidades y valores que nos ha transmitido a todos sus residentes.

A mis profesores que he ido conociendo quienes se han tomado parte de su tiempo y dedicación para mi formación y crecimiento académico y humano, a quienes, en su mayoría, puedo llamar también “amigos”.

A mis amigos que he formado a lo largo de esta residencia a quienes les deseo el mejor de los éxitos.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	11
ANTECEDENTES GENERALES.....	11
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
OBJETIVOS.....	25
GENERAL.....	25
ESPECÍFICOS.....	25
HIPOTESIS.....	25
HIPOTESIS NULA.....	25
MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
DISEÑO.....	26
UBICACIÓN ESPACIO/TEMPORAL.....	26
CRITERIOS DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.....	26
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	26
MUESTREO.....	26
METODOLOGIA O INTERVENCIÓN.....	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	28
VARIABLES.....	28
ASPECTOS BIOÉTICOS.....	31
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	47
PROPUESTAS.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	52

## RESUMEN

**Título:** Calidad de vida en pacientes Mastectomizadas con antecedente de cáncer de mama en la UMF No. 2 del IMSS Puebla. **Introducción:** El cáncer de mama es un problema relevante de salud pública. Algunos países han logrado determinar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. En México la información sobre calidad de vida en esta enfermedad en pacientes Mastectomizadas se encuentra aislada en el tiempo, y carece del análisis correspondiente. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes Mastectomizadas con cáncer de mama en la UMF No. 2 IMSS Puebla. **Material y métodos:** El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, ambispectivo. Tamaño de la muestra a conveniencia del investigador, adscritas a la UMF No.2, diagnosticadas con cáncer de mama, que se mastectomizaron. Se utilizó la escala FACT B para medir la calidad de vida; para medir variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central, desviación estándar, prueba de ANOVA y chi cuadrada. Criterios de inclusión: Pacientes femeninas, antecedente de cáncer de mama. Derechohabientes IMSS pertenecientes a la UMF No. 2 mastectomizadas, que quisieran participar. **Resultados:** total de pacientes encuestadas: 91. Edad media fue 56.9 años. 6.59% es analfabeta y 8.79% cuenta con licenciatura. 37.36% son amas de casa, 29.67% cuenta con empleo. 75.82% si fumaba, 24.18% no fuma. Antecedente heredofamiliar 75.82% no tiene o desconoce, 24.18% si tiene. Estadio del cáncer 18.68% está en estadio I, 53.85% en II, 23.08% en III, 2.2% en IV y 2.2% no tiene estadificación. 47.25% se le realizo mastectomía radical, y 52.75% conservadora. La calidad de vida 59.34% la califica como mala, 35.16% regular o normal y 5.49% buena. **Conclusiones:** La calidad de vida en las mujeres mastectomizadas varía de acuerdo con el momento en que se encuentre la paciente, edad de detección y procedimiento quirúrgico, lo cual debe tomarse en cuenta al momento de hacer el manejo de forma integral. Los resultados obtenidos en el estudio son similares a los encontrados en la literatura, en cuanto al promedio de edad, escolaridad y estadio; contrario a lo que reporta la literatura en donde especifica el antecedente heredofamiliar como factor de riesgo para padecer cáncer de mama. La calidad de vida del resultado es compatible con estudios previos con respecto a los obtenidos en este estudio.

**Palabras clave:** calidad de vida, cáncer de mama, mastectomizadas.

**Title:** Quality of life in mastectomized patients with a history of breast cancer at UMF No. 2 of the IMSS Puebla. **Introduction:** Breast cancer is a relevant public health problem. Some countries have managed to determine the quality of life in patients with breast cancer. In Mexico, information on quality of life in this disease in mastectomized patients is isolated in time and lacks the corresponding analysis. **Objective:** To determine the quality of life in mastectomized patients with breast cancer at UMF No. 2 IMSS Puebla. **Material and methods:** The present study is observational, descriptive, ambispective. Sample size at the investigator's convenience, assigned to UMF No.2, diagnosed with breast cancer, who underwent mastectomy. The FACT B scale was used to measure quality of life; To measure quantitative variables, we used measures of central tendency, standard deviation and chi square. Inclusion criteria: Female patients, history of breast cancer. IMSS right holders belonging to the UMF No. 2 mastectomized, who would like to participate. **Results:** Total of surveyed patients: 91. Average age was 56.9 years. 6.59% are illiterate and 8.79% have a bachelor's degree. 37.36% are housewives, 29.67% have a job. 75.82% if they smoked, 24.18% did not smoke. Hereditary family history 75.82% do not have or do not know, 24.18% if they have. Cancer stage 18.68% is stage I, 53.85% in II, 23.08% in III, 2.2% in IV, and 2.2% is not staged. 47.25% underwent radical mastectomy, and 52.75% conservative. The quality of life 59.34% qualify it as bad, 35.16% fair or normal and 5.49% good. **Conclusions:** The quality of life in mastectomized women varies according to the moment in which the patient is, age of detection and surgical procedure, which must be taken into account at the time of comprehensive management. The results obtained in the study are similar to those found in the literature, regarding the average age, schooling and stage; contrary to what is reported in the literature which specifies the hereditary family history as a risk factor for breast cancer. The quality of life result is compatible with previous studies with respect to those obtained in this study.

**Key words:** quality of life, breast cancer, mastectomized

## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES GENERALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el cáncer de mama de las patologías más frecuentes en el mundo. Se cuenta con un aproximado de 1.38 millones de mujeres con diagnóstico confirmatorio de este cáncer, el 23% del total de cánceres que cada año en el mundo se presentan en mujeres en 2014, según datos de OMS. En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) expuso el 19 de octubre de 2014 que la primera causa en mujeres de 20 años y más de morbilidad es en consecuencia de esta neoplasia, además, es la segunda causa de mortalidad en las mujeres de este grupo etario. Es de importante señalar que se detecta un nuevo caso cada nueve minutos y de estas más de 60 000 mujeres de 14 años y más presentan esta patología. También el Programa de Acción Cáncer de Mama de la Secretaría de Salud expuso que a partir del año 2006 el rango de edad en que se presenta esta neoplasia es cada vez más amplio, siendo que antes de presentaba en mujeres de 45 a 60 años y ahora pasó a ser más común en mujeres de 14 años y más. De igual manera, las patologías tumorales han pasado a ser la principal causa de muertes en las mujeres, por arriba del carcinoma cervicouterino, a partir de este año. (1).

Cabe destacar que el envejecimiento la población y el cambio en los estilos de vida de la en esta, contribuyeron al aumento de las tasas de incidencia por este tipo de cáncer en países subdesarrollados, como México. Es importante destacar que por problemas financieros y organizacionales por los que atraviesan los sistemas de salud en estos lugares, la mayoría de los casos de cáncer de mama son detectados tardíamente (2).

Es cierto que tenemos información relevante en el país sobre cáncer de mama, sin embargo, somos conocedores que existen datos que aún tenemos pendiente por indagar, por ello nace este protocolo de investigación en el cual se identifica la calidad de vida en las pacientes encuestadas para así determinar conducta a seguir.

## EPIDEMIOLOGÍA

Mundialmente, el cáncer de mama representa cerca del 23% de nuevos casos y es uno de los más comunes en las mujeres. Su tasa ha duplicado la del cáncer colorrectal y triplicado la del cáncer de pulmón. En el 2008 el cáncer de mama fue el responsable del 14% de todas las muertes por cáncer. En cuanto a localización anatómica, también es uno de los tumores que más se presenta en mujeres de origen europeo (3, 4).

La incidencia en Estados Unidos también aumentó entre los años 70's y 90's, sin embargo, ha ido descendiendo en los últimos 10 años, así como en países como Australia, Francia y Reino Unido. Una de las causas probables para este decremento sea la reducción de tratamientos hormonales sustitutivos que indiscriminadamente se administran durante periodos prolongados en la menopausia (3).

En Europa, también es el tumor maligno que se presenta más comúnmente y es una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres. Conforme a los últimos datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, se diagnosticaron 464.000 nuevos casos de cáncer de mama en Europa en el año 2012, y conjeturó 23% de los casos incidentes en el año 2008, además de presentarse en un 14% de las muertes por cáncer entre las mujeres de este continente (5).

Tradicionalmente, las cifras de cáncer de mama han ido creciendo en países desarrollados de occidente, pero ahora en países subdesarrollados también ha ido incrementando la incidencia. Mientras que la incidencia de este cáncer en Estados Unidos está decreciendo desde el año 2000 en China se ha experimentado un incremento importante. Por el contrario, se han implementado medidas de prevención y control para el cáncer de mama en China, dando como resultado que mujeres chinas tengan mejor esperanza de vida después de ser diagnosticadas (6).

De acuerdo con ciertos estudios que abarca de 2007 a 2014, la incidencia de cáncer de mama, para el sexo masculino de 20 o más años, se ha mantenido demasiado baja y muy

estable, encontrándose entre 0.39- 0.64 nuevos casos por año. Por otro lado, en el sexo femenino la tendencia está incrementándose, presentándose una mayor incidencia en el año 2014, con 28.75 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de 20 años o más. Al final, en 2014, había una relación 1:29 hombre- mujer. En el año 2013 en 14 estados la incidencia de cáncer de mama en mujeres de 20 y más años fue superior que la media nacional (28.90). presentándose de la siguiente manera: Campeche (117.15 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), Colima (94.24 de cada 100 mil), Aguascalientes (63.33 de cada 100 mil) y Veracruz (62.36 de cada 100 mil) siendo los estados de la republica con mayor número de casos nuevos en el año 2014; en contraparte, Guerrero, Nayarit y México, con 8.77, 9.15 y 10.76 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más, son los estados de la republica con menor incidencia (7).

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para desarrollar este cáncer son los que se mencionan a continuación: Biológicos: sexo femenino, envejecimiento, antecedente personal o de familiar de primer grado con cáncer de mama, antecedentes de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, carcinoma lobulillar in situ diagnosticado por biopsia, menarca temprana antes de los 12 años y/o menopausia tardía después de los 52 años), mayor densidad mamaria y ser portador de genes BRCA1 o BRCA2. Dentro de los factores reproductivos encontramos: Nuliparidad, primer embarazo a término después de los 30 años de edad, uso de terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por un periodo mayor de 5 años. Otros como factores latrógenos o ambientales encontramos exposición a radiaciones ionizantes, especialmente durante el desarrollo o crecimiento intrauterino o durante la adolescencia, tratamiento con radioterapia en tórax; algunos factores relacionados con estilo de vida: alimentación hipercalórica, baja en fibra y alta en grasas tanto animales como ácidos grasos trans, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol mayor a 15 g/día y tabaquismo (8).

La incidencia de este cáncer tiene fuerte asociación con factores reproductivos de la mujer. El parto transmite una reducción a largo plazo en la incidencia de la mayor parte de los más frecuentes tipos de cáncer de mama, a pesar de presentar un aumento transitorio a corto plazo en la incidencia del cáncer. Se sabe que el cáncer de mama asociado al embarazo tiene mal pronóstico, pero hay incertidumbre sobre las bases biológicas y las correlaciones patológicas de esta asociación (9).

## CALIDAD DE VIDA

El manejo del concepto de calidad de vida (CV) se remonta a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, esto hecho por algunos investigadores de esta época, quienes pretendían conocer que tan buena era la vida o la percepción de esta, sobre algunos aspectos de su vida, si esta era buena o si se sentían satisfechos en el ámbito económico. Fue a partir de los años 60's cuando comenzó su uso por los científicos sociales, quienes comenzaron a realizar investigaciones a cerca de la CV, obteniendo información y algunos datos objetivos sobre el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda de las personas, utilizándose estos indicadores económicos insuficientes, puesto que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual. Fue entonces que se agregaron psicólogos, quienes plantearon que al realizar medidas subjetivas se podría obtener un mejor resultado del porcentaje de varianza en la CV de las personas, tomándose en cuenta que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza. Algunos autores, toman el concepto de CV a fin de distinguir resultados de relevancia para la investigación en salud, que se originan de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (10).

La calidad de vida se cómo lo que un individuo percibe acerca de su lugar en la existencia, de acuerdo con su cultura y al sistema de valores en los que vive y así como de la relación de sus expectativas, normas e inquietudes. Además, es un concepto basto, el cual está

influido por varios aspectos como la salud física del individuo en cuestión, su estado psicológico, nivel de independencia que este tenga, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Por ello, comprende diferentes rubros que la integran los cuales se nombran a continuación:

1. Patrones de vida material como sus ingreso, consumo y riqueza que posee.
2. Salud.
3. Educación.
4. Actividades personales, incluyendo la del trabajo.
5. Voz política y buen gobierno.
6. Conexiones y relaciones sociales.
7. Medio ambiente (condiciones presentes y futuras).
8. Inseguridad, de naturaleza económica y física (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la calidad de vida como: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Según Enquist, la calidad de vida es el estado en el cual el sujeto logra captar su seguridad y autoestima, y tiene oportunidad de utilizar sus cualidades intelectuales y físicas en la consecución de sus objetivos. Se trata de un concepto que abarca diferentes aspectos de la vida de la persona en cuestión, es decir es multidimensional, se torna un tanto complejo realizar una medición objetiva y sensible de sus distintas dimensiones y momentos de la vida y la patología. La calidad de vida puede ser medida, esto originado de la necesidad de calificar la propiedad de la atención en salud; sin embargo, es necesario considerar la integración de factores objetivos y subjetivos relacionados con el proyecto personal de vida de cada individuo. Medir la calidad de vida se convierte en una variable importante en todas las acciones de salud. Primero, se debe identificar para posteriormente determinar si existen factores que la

vulneren, como por ejemplo una experiencia de hospitalización, consumo de recursos sanitarios y mortalidad; segundo, es necesario comprobar la relación de la calidad de vida con los indicadores fisiopatológicos de la enfermedad usados en la clínica de forma débil o moderada asociación. Lo anterior nos permite relacionar o tomar en cuenta varios factores, que puedan afectan la calidad de vida de cada individuo y, al mismo tiempo, evaluar la posibilidad de desarrollar y validar algunos instrumentos de medición que nos permitan obtener información de forma objetiva acerca de la percepción de calidad de vida los cuales podrán ser utilizados en futuros estudios (12).

## ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

De un estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad Médico Familiar No. 2, Puebla, en 2007 se entrevistaron 140 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, obteniendo un promedio de edad de  $52.25 \pm 11.81$  con una mínima de 23 años y una máxima de 88 años. El 51.4% de las pacientes referían antecedente familiar de línea directa con algún tipo de cáncer. El nivel de escolaridad fue de 9 años en promedio con un mínimo de 0 y un máximo de 23 años. La ocupación más frecuente fue la de ama de casa con el 63.5%. El estado civil casada en las mujeres estudiadas fue de 53.6%. Las etapas de cáncer de mama más frecuente fueron la etapa II y III con un 56.4% y 39.3%. El diagnóstico histopatológico reportado más común fue el de cáncer ductal infiltrante con un porcentaje de 71.4%. El promedio de calificación en el instrumento de depresión para el total de la población estudiada fue de  $15.13 \pm 8.98$  que se traduce en una depresión moderada. El promedio de calificación para la calidad de vida para la población estudiada fue de  $68.21 \pm 12.38$ . La calificación menor corresponde a las pacientes con depresión severa (13).

Guerra et.al en 2013, mediante un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo en el Departamento de Archivo Clínico de la UMF No. 38 menciona que, de un total de 122 pacientes capturadas con diagnóstico de cáncer de mama, 76 tenían expedientes clínicos completaron que contenían toda la información de las variables a estudiar. Se obtuvo que el promedio de edad era de  $54.57 + 12$  años con un intervalo de edad mínimo de 25 años

y máximo de 87 años. Los casos estudiados fueron divididos por intervalos de edad siendo el más frecuente el rango de 40-49 años con un total de 24 casos (31.6%), seguido del de 50-59 años con 20 casos (26.3%), el de 60-69 años con 17 casos (22.4%), el de 70-79 años con siete casos (9.2%), el de 80 años o más con dos casos (2.6%) y el de 20-29 años con un caso (1.3%). En cuanto a los datos sociodemográficos cuestionados, se observó un mayor número de casos de este tipo de cáncer en mujeres casadas, de ocupación hogar y escolaridad primaria. Respecto a los factores de riesgo se obtuvo que la mayor incidencia de cáncer de mama fue en mujeres con antecedentes familiares de primer grado con un total de 9 casos (11.9%) y en segundo grado con 6 (6.9%), 54 (71.1%) no presentaron antecedentes familiares y 7 (9.2%) tuvieron antecedentes de otros cánceres. Como antecedente de enfermedades agregadas se obtuvo que la Diabetes tipo 2 fue de 30.3%, mientras que los de tabaquismo y alcoholismo se encontraron positivos en 11.8 y 5.3% respectivamente. El promedio de edad de la menarca fue de  $12.42 \pm 2.15$  años, y 22.7% de las pacientes tuvo su menarquia antes de los 11 años. El promedio de edad del primer embarazo fue de  $19.32 \pm 6.6$  años, 7.9% fue nuligesta y el mayor número de casos de cáncer de mama fue en primíparas menores de 25 años. Otro factor como el uso de hormonales se observó que 37 pacientes (48.7%) nunca los consumieron, 22 (28.9%) lo hicieron de 1-5 años, 14 (18.4%) de 6-10 años y 3 (3.9%) de 11- 15 años. Siendo el anticonceptivo hormonal más utilizado el oral con 24 casos (31.6%) y hormonal inyectable con 15 casos (19.7%); no se determinó la terapia hormonal de remplazo. De las pacientes estudiadas 75% dio lactancia, y el promedio de edad de la menopausia fue de  $39.38 \pm 17.92$  años; 12 de los casos (15.8%) no habían presentado aun la menopausia, y 51 menores de 52 años (67.1%) la presentaron. En cuanto a los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida se consideró la obesidad determinada mediante el IMC cuyo promedio fue de  $30.26 \pm 5.38$  kg/m<sup>2</sup>; en donde 21 casos (27.6%) se clasificaron con sobrepeso, 45 (59.2%) con obesidad y 10 (13.2%) presentaron IMC normal. El seno más afectado fue el derecho con 39 casos (54.3%), el izquierdo con 35 (46.1%) y en dos casos (2.6%) se presentó en ambos. Hablando de la etapa clínica en que se encontraban durante el estudio se obtuvo una mayor frecuencia en la etapa II con 45 casos (59.2%), seguida de la etapa III con 19 (25%) y la etapa I con 12 (15.8%). No hubo casos en etapa IV (14).

Vega y colaboradores en el 2014 realizaron un estudio de casos y controles donde detectaron 60 mujeres con cáncer de mama los cuales habían sido corroborados histológicamente (casos) y 60 mujeres con mamografía negativa a cáncer (controles), donde se analizaron las variables antropométricas con razón de momios, obteniendo como resultados que el promedio de edad de las pacientes fue parecido en ambos grupos, con 52.65 años, desviación estándar de 11.80 y en los controles de 52.01 años con desviación estándar de 11.15, con una  $p > 0.05$ , los factores antropométricos que tuvieron diferencia estadísticamente significativa ( $p \leq 0.05$ ) fueron: Peso, Índice de masa corporal  $\geq$  de 25 (OR: 6.05, IC 95% 2.53-14.47); Perímetro Abdominal  $\geq$  de 88 cm. (OR: 2.58, IC 95% 1.11-5.96); Índice cintura-cadera  $\geq$  de 0.86 (OR: 3.50, IC 95% 1.55-7.87), se reportó que en México el cáncer de mama es el segundo cáncer más frecuente en mujeres seguido del cáncer cervicouterino. El 95% de las mujeres tienen algún problema de riesgo. Es importante destacar que el 70% de las mujeres con cáncer no se encuentran factores identificables. Los factores que ha mostrado aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama en la mujer son: Menarca temprana RR= 3.3, menopausia tardía RR=1.5, una mayor edad al nacimiento del primer hijo vivo (o nuliparidad) RR=1.9, enfermedad benigna de la mama RR1.5, historia familiar de cáncer de mama RR=1.7 en la madre afectada y dos familiares de primer grado RR=5.0, obesidad RR=1.2, uso de anticonceptivos orales RR=1.7 y terapia hormonal de reemplazo con un RR=1.5 (15).

Grajales y colaboradores en el año 2014, elaboraron un estudio que trató de un estudio cualitativo, con diseño metodológico tipo casos controles y prospectivos se encontraron un total de 23 artículos, 18 de ellos casos y controles, 5 de estudios prospectivos y transversales analíticos, 3 de actividad física, 4 de obesidad y tipo de dieta, 4 con sustancias tóxicas (alcohol, DDT y folatos), 7 de mutaciones genéticas y 5 de factores de riesgo en general (historia familiar, lactancia etc.), en estos se describió que el cáncer de mama es una patología multifactorial, siendo la obesidad uno de los principales factores en la población mexicana seguido de la falta de actividad física y la historia familiar. Por el contrario, el embarazo precoz y la lactancia por al menos seis meses tienen un efecto protector. La acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida conlleva a presentar tumores de inicio más temprano y con peor pronóstico (16).

Sánchez y colaboradores en el transcurso del 2014 realizaron un estudio con un total de 198 pacientes las cuales fueron atendidas en servicios ambulatorios y de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá. Estableciéndose como criterios de elegibilidad: femeninas con diagnóstico de cáncer de mama en cualquier estadio, mayores de edad, que tuvieran como lengua nativa el español, no analfabetas, que supieran leer y entender el contenido de las escalas, y que aceptaran participar en el estudio de validación de la escala. Para resumir las variables demográficas y clínicas se utilizaron métodos de estadística descriptiva, así como los puntajes relacionados con las escalas; para esto se utilizaron medias (desviación estándar) o medianas. En los resultados obtenidos, todas las mujeres estudiadas arrojaron diagnóstico de cáncer de mama en estadio IIa o mayor, y 74 (37%) ya habían iniciado tratamiento para su enfermedad en el momento de tramitar la encuesta. En cuanto a la edad se obtuvo una media de 54,2 años. Respecto a las medias (desviación estándar) de los resultados en cada uno de los dominios de la escala fueron las siguientes: bienestar físico, 20,6 (6,5); social/familiar, 19,7 (6,2); bienestar emocional, 18,7 (5,5); bienestar funcional, 16,8 (6,3); subescala específica del cáncer de mama, 25,1 (6,7). Las diferencias entre las medias de los puntajes de las subescalas fueron significativas ( $F [4,980] = 48,37; p = 0,000$ ); esta diferencia ocurrió a expensas de los dominios bienestar funcional y subescala específica. Los mayores puntajes de las medianas de cada ítem alcanzaron un valor de 4 y pertenecen a los ítems “Tengo náuseas” (eri 3 a 4), “Necesito estar acostada”, (eri 3 a 4) “Recibo apoyo emocional por parte de mi familia” (eri 3 a 4), “Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad” (eri 4), “Me ha faltado el aire para respirar” (eri 3 a 4), “Me preocupa cómo tengo que vestirme por mi enfermedad” (eri 4), y “Tengo el brazo hinchado y adolorido” (eri 3 a 4). El ítem que obtuvo la mediana más baja fue “Me preocupa que otros miembros de la familia puedan tener la misma enfermedad” (mediana 0, eri 0 a 1) (17).

Falo y colaboradores en 2014, elaboraron un estudio retrospectivo realizado entre los meses de junio de 2011 y febrero 2012, con una muestra total de 24 individuos a los que se les realizó un cuestionario basado en preguntas de carácter médico y de carácter psicosocial. En cuanto a los resultados, un 58% de las mujeres creen que el tratamiento mejora la calidad de vida y un 83,3% que los efectos secundarios compensan frente al

beneficio de la quimioterapia; las exploraciones complementarias les dan seguridad. Únicamente 2/3 de las mujeres refieren tener apoyo social y 1/3 no comparte el malestar con nadie. Dentro de la enfermedad lo que más les cuesta afrontar son la familia, la pérdida de autonomía, el miedo a la incertidumbre y la progresión de la enfermedad en orden de importancia. La mitad de las pacientes opinan que la enfermedad ha aportado un valor positivo en sus vidas (18).

Salinas y colaboradores en anualidad de 2014, realizaron un estudio epidemiológico retrospectivo con base en registros con diagnóstico de cáncer de mama confirmados entre 2003-2012, en el Servicio de Patología de un hospital de especialidades de tercer nivel que concentra derechohabientes (DH) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del estado de Nuevo León y también del noreste del país (n = 3,488), en este estudio se incluyeron únicamente casos nuevos que contaran con reporte de estudio histológico; ante la ausencia de este se consideró el resultado de citología (15% de la población de estudio). Se reportó que la incidencia por año de cáncer de mama incrementó de 26.7 por 100,000 DH en 2003 a 49.8 por 100,000 DH en el 2011 y la tasa ajustada por edad de 31.3 a 55.8 por 100,000 DH, respectivamente. El rango de edad al diagnóstico fue de 20 a 98 años, con mediana de 55 años y media de  $55.7 \pm 13.7$ ; esta última se mantuvo estable a través del tiempo. La estirpe histopatológica que predominó en todas las edades fue el adenocarcinoma ductal infiltrante; solamente 2% correspondió a cáncer in situ. En 85.1% de los casos el diagnóstico se elaboró con base en estudio de histología; el tejido predominante fue aquel proveniente de mastectomía radical modificada (51.3%), seguido por biopsia trucut, biopsia transoperatoria o biopsia con arpón y marcaje (27.5%), tumorectomía/resección de nódulo (13.3%) y cuadrantectomía (7.9%). El 42.4% de las pacientes tuvo positividad a ganglios. En cuanto a biomarcadores: 31.1% fue HER2+; 64%, RE+ y 53%, RP+. El 51.8% resultó RE+RP+; 12.7%, RE+RP-; 1.2%, RE-RP+; y 34.3%, RE-RP- (19).

Jaime y colaboradores en el 2015, hicieron un estudio de diseño cuasi experimental donde participaron 40 mujeres con cáncer de mama en los primeros estadios, programadas para quimioterapia. Se conformaron dos grupos de 20 pacientes cada uno, a uno de los grupos

se le aplicó una fase intensiva de 12 sesiones de hipnoterapia grupal durante un mes y una segunda fase de 12 sesiones cada quince días, durante seis meses mientras que el otro grupo (control) solo recibió tratamiento médico estándar. El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) fue utilizado para valorar la calidad de sueño de las pacientes de ambos grupos, este estudio se aplicó antes de la intervención, así como al finalizar las 12 y 24 sesiones. Al término del primer bloque de 12 sesiones, el grupo de hipnoterapia mostró una mejoría clínica y estadísticamente significativa en los componentes de latencia, duración, eficiencia y calidad global de sueño del ICSP. Después de las 24 sesiones solo se mantuvo la significancia en el componente de eficiencia de sueño y en los otros tres componentes únicamente se mantuvo la mejoría clínica. Comparando con el grupo control, que a las 12 sesiones mostró un aumento en los componentes lo que indica una peor calidad de sueño, manteniendo estos resultados a las 24 sesiones. Como conclusión, se dedujo que la hipnoterapia es una técnica psicoterapéutica útil para mejorar la calidad de sueño de mujeres (20).

Kocan et.al, en 2016 realizó un estudio cualitativo descriptivo cuya muestra consistió en 20 pacientes que se sometieron a procedimientos de mastectomía. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron durante la segunda semana después de la mastectomía. Cada entrevista fue transcrita textualmente, y se realizó un análisis temático. Las participantes del estudio tenían entre 32 y 58 años; la edad media fue de 45.9 años ( $OR \pm 7,3$ ). El sesenta y cinco por ciento de las mujeres habían completado la primaria ( $n=13$ ), el setenta y cinco por ciento había completado la secundaria ( $n=5$ ), el cinco por ciento de las mujeres tenía educación secundaria ( $n=1$ ) y el cinco por ciento de las mujeres tenían universidad terminada ( $n=1$ ). El ochenta y cinco por ciento de los participantes del estudio eran amas de casa ( $n=17$ ), y el 85.0% ( $n=17$ ) estaban casadas. Los pensamientos y sentimientos de las mujeres que han sido mastectomizadas revelan muchas diferencias. Algunas fueron agradecidas de seguir con vida y vieron esto como algo más importante que perder un seno. Otras mujeres entendieron que la cirugía era necesaria para conservar su salud, pero después de la cirugía, ellas experimentaron gran tristeza al perder uno de sus senos. La mayoría de las mujeres hablaron sobre el impacto negativo del cambio en la apariencia de su imagen corporal al ser mastectomizadas por cáncer de

mama. Después de la cirugía, muchas mujeres al observarse se describieron como una figura horrible, espantosa, fea, y colapsada al perder su seno. Pero la descripción más usada de su apariencia fue que ellas se observaban incompletas al no tener un seno (21).

Aguirre y colaboradores en 2017, con un estudio de tipo relacional, no experimental en una muestra no probabilística de 39 mujeres ( $M = 56.2$ ,  $DE = 13.4$ ) diagnosticadas con cáncer de mama, analizó la calidad de vida y posibles diferencias según el estadio de cáncer, y se relacionan las medidas del SF-36 y el FACT-B. Los resultados describen que, en estadios avanzados, los puntajes de calidad de vida son bajos en comparación a los iniciales; sin embargo, las diferencias no alcanzan la significancia estadística. Los instrumentos se relacionaron positivamente entre sí. Se concluye que la calidad de vida no difiere según los estadios oncológicos y que ambos instrumentos correlacionaron positiva y significativamente (22).

Pineda y colaboradores en 2017, en un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 82 pacientes, se calculó la calidad de vida con la escala WHQOL-BREF y los factores asociados se determinaron con un modelo de regresión logística binaria. Resultados: el 73.1% calificó la calidad de vida mínimo como buena. El dominio físico fue el más afectado ( $65.1 \pm 15.9$ ), en tanto que el entorno fue el menos afectado ( $78.2 \pm 14.2$ ), El 17.1% de las personas encuestadas respondió que el dolor físico le impide, extremadamente, hacer lo que necesita. Un 15.9% bastante, mientras que el 31.7% afirma que no se lo impide en absoluto. En cuanto a la percepción del tratamiento médico, el 17.1% lo considera necesario para desempeñarse en su vida diaria, el 19.5% lo juzga bastante necesario y el 15.9% sostiene que no lo necesita. Más de la mitad de las pacientes disfrutaban de la vida extremadamente, en contraste con un 7.3% que responde disfrutar muy poco de la vida. Con respecto a su apariencia física, el 9.8% la acepta poco y el resto se encuentra de acuerdo (23).

## JUSTIFICACIÓN

Evaluar la calidad de vida se ha vuelto un desafío, pues es una estrategia imprescindible para el abordar integralmente el estudio de las enfermedades crónicas, en este caso, para pacientes mastectomizadas por cáncer de mama; esta se ve afectada por factores de tipo biológico o físico, de acuerdo al estadio de la enfermedad, además del tipo de tratamiento al que han sido sometidas y los efectos secundarios que estas tienen, también se afecta por el pronóstico y la poca o mucha posibilidades de rehabilitación que estas tienen, así como por variables psicosociales como son la imagen corporal del individuo, el estatus emocional al momento de la realización de la encuesta y las relaciones de pareja durante su proceso. Con este estudio se buscó determinar la calidad de vida en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama para mejorar las condiciones de vida, trabajo, salud y convivencia de dichas pacientes y de esta forma reintegrarlas a la sociedad, sin que presenten ningún tipo de discriminación o inseguridad que pudiese afectarlas física, mental o psicológicamente. Además, diversos estudios reportan que el evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer ayuda a que el tratamiento tenga mejor éxito, ya que parece ser un factor de buen pronóstico de este padecimiento. Hay estudios que nos muestra que existen instrumentos pueden evaluar o medir de una forma aproximada el desenlace, las escalas o instrumentos que cuentan con algunos dominios específicos que se relacionan con el cáncer de mama, pudiendo obtener propiedades psicométricas del individuo y podrían ser utilizados de forma rutinaria para medición de este apartado. Entonces, definiendo la importancia que tiene la calidad de vida como desenlace clínico en pacientes con cáncer de mama, y por la falta de disponibilidad de instrumentos validados en nuestro país para medir este constructo, se planteó como objetivo del presente estudio evaluar las propiedades psicométricas de la escala FACT-B.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es una patología de gran frecuencia en el mundo en las mujeres y en nuestro país es la principal causa de mortalidad, debido a este gran impacto en la salud pública resulta importante conocer la calidad de vida de las pacientes que viven con esta enfermedad, sobre todo en aquellas pacientes que requirieron ser mastectomizadas como tratamiento definitivo o coadyuvante del cáncer de mama, el cual siempre ha sido un tema de relevancia a nivel mundial, nacional y local, debido al impacto que tienen sus complicaciones en la vida de las mujeres, tal como deformidad de la mama, dolor, requerir uso de mastectomía, quimioterapia y si no se da tratamiento oportuno incluso puede desencadenar la muerte. Sabemos que la mujer en edad fértil y como madre de familia es un pilar con suma importancia para los hijos y el esposo, por ello lo que la afecte, dañará también a toda la familia nuclear.

Por esta razón es que se decidió realizar este estudio ya que no hay datos suficientes recientes que nos orienten sobre la calidad de vida que viven las mujeres que requirieron ser mastectomizadas, y saber que tanto les impactó en el estilo de vida este tratamiento, para que en un futuro se pueda pensar en posibles vías de apoyo a este grupo afectado psicológica, física y mentalmente; y así poder reintegrarlas a la sociedad y sean capaces de competir en todos los ámbitos. Por ello se requirió utilizar la escala FACT-B que evaluó la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

Teniendo en cuenta lo anterior, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes mastectomizadas con antecedente de cáncer de mama en la UMF No. 2 del IMSS Puebla?

## OBJETIVOS

### GENERAL

Determinar la calidad de vida en pacientes mastectomizadas con antecedente de cáncer de mama en la UMF No. 2 del IMSS Puebla.

### ESPECÍFICOS

Verificar el total de población de mujeres diagnosticadas por cáncer de mama en la UMF No. 2 del IMSS Puebla.

Identificar la población total de mujeres mastectomizadas por tratamiento adyuvante o coadyuvante con antecedente de cáncer de mama en la UMF No. 2 del IMSS Puebla.

### HIPOTESIS

La calidad de vida es mala o regular en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama.

### HIPOTESIS NULA

La calidad de vida es buena en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**DISEÑO:** tipo de estudio observacional, descriptivo, transversal y ambispectivo.

**UBICACIÓN ESPACIO/TEMPORAL:** El estudio se llevó a cabo en la UMF No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en el centro de la Ciudad de Puebla, siendo una clínica de atención de primer nivel, abarcando un periodo de marzo a agosto del 2019.

### CRITERIOS DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

**Definición de la unidad de población:** El área de influencia en esta zona fueron las trabajadoras derechohabientes y beneficiarias que pertenecen a esta área, los cuales son atendidos en esta unidad.

**Grupo de Estudio:** Pacientes de sexo femenino adscritas a la UMF No. 2, con diagnóstico de cáncer de mama, a quienes se les practicó mastectomía.

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes de sexo femenino.
2. Pacientes con antecedente de cáncer de mama en la UMF No. 2.
3. Pacientes derechohabientes de la UMF No. 2 que hayan sido mastectomizadas.
4. Pacientes que quieran participar, contestando la encuesta.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes que no sean derechohabientes de la UMF No. 2 del IMSS Puebla.

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que hayan fallecido.
2. Cuestionarios incompletos.
3. Pacientes que cuenten con deterioro cognitivo o neurológico que impida que contesten adecuadamente las encuestas.

### MUESTREO

Se tomó al total de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama con tratamiento de mastectomía de la UMF No. 2 con un total de 91 personas.

## METODOLOGIA O INTERVENCIÓN

El estudio se efectuó en pacientes de la UMF 2 del IMSS Puebla en el tiempo anteriormente mencionado, se captaron los datos de las pacientes en los consultorios de Medicina Familiar, se eligieron a las mujeres que fueron mastectomizadas y que acudieron a control de cáncer de mama, se les aplicó una encuesta tipo entrevista, la cual evaluó la calidad de vida, previa explicación y previo consentimiento informado de las pacientes. La encuesta tipo entrevista contiene datos del paciente: sociodemográficos, antecedente de enfermedad y el instrumento seleccionado de evaluación "Functional assesment of cáncer therapy-breast quality of life instrument" (FACT-B), versión español, desarrollado y validado, para evaluar la calidad de vida en Cáncer de mama. La validación inicial del instrumento proviene del FACT-G (General), el cual fue desarrollado en cinco fases metodológicas en una muestra de 854 pacientes con distintas estirpes de cáncer en 1993 por Cella y cols. y posteriormente en el cáncer de mama en 1997 por Brady y cols. El instrumento FACT-B expone un comportamiento psicométrico adecuado en varios países. Además, al ser adaptado en versión de lengua española en el 2011 por Belmonte y cols. ha avalado su efectividad en estudios con muestras de dicha patología. En estudios previos, la confiabilidad medida por alfa de Cronbach considera que una puntuación por arriba de 0.7 se considera buena. El instrumento se comprende de 36 ítems que se distribuyen en dos componentes: el general, que se encuentra compuesto por los primeros 27 ítems, y el componente específico, relacionado con los síntomas del cáncer de mama (nueve ítems). Esta escala representa cinco dominios: bienestar físico (7 ítems), bienestar social/familiar (7 ítems), bienestar emocional (6 ítems), bienestar funcional (7 ítems) y una subescala específica que incluye una relación tanto con la patología como con el tratamiento del cáncer de mama (9 ítems). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de cinco niveles que varían desde cero (nada) hasta cuatro (demasiado). El puntaje de cada dominio es obtenido al sumar el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje total de la escala es la sumatoria del resultado en cada dominio. Para efectuar la calificación de la escala algunos ítems fueron transformados al darles un valor o puntaje inverso, es decir, que entre más sea el puntaje mejor calidad de vida corresponderá a ese dominio. El puntaje posible va del 0 al 144.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la recolección de datos mediante la captura en Microsoft Excel. Después de tener la base de datos capturada se realizó el análisis estadístico con apoyo del programa SPSS. La comparación de los promedios se realizó con medidas de tendencia central y desviación estándar, prueba de ANOVA y chi cuadrada para las variables no paramétricas.

Se efectuó la medición de chi cuadrada para la asociación de los factores demográficos. Se consideró una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa. Todos los resultados se analizaron empleando el software paquete estadístico SPSS VERSIÓN 24.

## VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	Medición
Cáncer de mama	El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una patología maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo.	Clasificación de cáncer de mama de acuerdo con estadios: Estadio 0, IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV (metastásico).	Cualitativa	Nominal	1 Estadio I 2 Estadio II 3 Estadio III 4 Estadio IV

### VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	MEDICIÓN
Calidad de Vida	Concepto multidimensional que valora el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.	Escala FACT-B que consta de 36 ítems, Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de cinco niveles que varían desde cero (nada) hasta cuatro (demasiado). El puntaje de cada dominio es obtenido al sumar el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje total de la escala es la sumatoria del resultado en cada dominio. Para efectuar la calificación de la escala algunos ítems fueron transformados al darles un valor o puntaje inverso, es decir, que entre más sea el puntaje mejor calidad de vida corresponderá a ese dominio. El puntaje posible va del 0 al 144.	Cuantitativa	Ordinal Nominal	1 <u>Del</u> 0 al 144.

Edad	Tiempo en años que ha vivido desde su nacimiento	Años vividos desde su nacimiento pregunta directa	Cuantitativa	Ordinal/ rango	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor a 30 años</li> <li>2. 30-40 años</li> <li>3. 41-50 años</li> <li>4. 51-60 años</li> <li>5. 61 y más años</li> </ol>
Sexo	Según sexo biológico de preferencia	Identificar sexo del sujeto: Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Femenino</li> <li>2. Masculino</li> </ol>
Ocupación	Empleo u oficio	A través de pregunta directa	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ama de casa</li> <li>2. Empleada</li> <li>3. Desempleada</li> <li>4. Pensionada</li> </ol>
Tabaquismo	Adicción al tabaco	Acto de fumar tabaco Si no, años, cantidad de cigarrillos por día.	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Menos de 5 años</li> <li>2 De 5 a 10 años</li> <li>3 Más de 11 años</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Menos de 10 cigarros al día</li> <li>2 De 10 a 20 cigarros por día</li> <li>3 Más de 20 cigarros al día</li> </ol>
Antecedentes heredo familiares	Padecimiento de los familiares de línea directa del paciente	Familiares directos con cáncer de mama	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
Lactancia materna	Alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno	Alimentación con leche materna a los hijos Sí, no, meses	Cualitativa cuantitativa	Nominal Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1-3 meses</li> <li>2. 4 a 6 meses</li> <li>3. 7 a 12 meses</li> <li>4. Más de 1 año</li> </ol>

Diagnóstico Concomitante	Procedimiento que identifica una enfermedad, entidad nosológica, o síndrome	Otro diagnóstico agregado al cáncer de mama	Cualitativa	Nominal Ordinal	1 Diabetes mellitus 2 Hipertensión 3 Obesidad 4 Otros
--------------------------	---	---	-------------	-----------------	--

## ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no representa ningún riesgo para los sujetos que comprenden la muestra, ya que no se les efectuará ningún método invasivo que dañe la integridad de la población, basándonos en las normas éticas contempladas en los principios éticos para la investigación médica en seres humanos (declarados en Helsinki 1964, Tokio 1965, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000) y el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 17, que señala como riesgo de la investigación a la probabilidad de que padezca algún daño o lesión el sujeto que es investigado a corto o largo plazo en el estudio.

Para fines prácticos de este reglamento esta investigación entra en la categoría de: Investigación sin riesgo: usan modalidades de investigación documental retrospectivos y además no se realiza ninguna modificación o intervención que altere las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las personas que en el estudio se encuentren participando, entre los que se consideran: entrevistas, cuestionarios, revisión de expedientes clínicos, entre otros.

Es de suma importancia resaltar que el siguiente estudio se basa en los principios y guías éticas para la protección de los objetos humanos en estudio, plasmado en el reporte de Belmont, buscando el respeto, la beneficencia y justicia.

Principios éticos básicos: acuerdos de Belmont

- A. Respeto a las personas: Todo aquel que acepte participar será respetado en su autonomía, tanto los controles como los pacientes.

- B. Beneficencia: Debe evitarse el daño a los participantes mediante la confidencialidad y el respeto a la información sin menoscabo de la atención médica de calidad.
- C. Justicia: Debe ser equitativa la asignación del estudio y sin hacer distinciones intragénero o por estado de salud actual.

El código de Nüremberg dictamina que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto que participa, en un protocolo de investigación, además de que este debe ser útil para el bien de la sociedad y la persona, evitando al máxima el sufrimiento físico y mental de esto.

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **RECURSOS HUMANOS**

Investigadores

- Asesor Metodológico: Dra. Elizabeth Méndez Fernández, Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la Unidad Médico Familiar No. 2, IMSS Puebla.
- Dr. Víctor Adán Conde Cortero, Residente de Primer año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 2, IMSS Puebla.

### **RECURSOS MATERIALES**

Instalaciones de la Unidad Médico Familiar No.2 IMSS Puebla

Computadora portátil, lápices, bolígrafos, marcadores, hojas blancas y cuestionarios

### **RECURSOS FINANCIEROS**

Propios de investigador responsable.

### **FACTIBILIDAD**

El estudio fue factible ya que la UMF No. 2 del IMSS Puebla tiene la población para la realización del estudio, cuenta con la suficiente experiencia para su elaboración y no genera gasto alguno para la institución. Se dispone de recursos humanos, físicos, técnicos y material suficiente para realizar adecuadamente la investigación y la metodología a seguir dará respuesta al objetivo. Además de que se tendrá una base para poder incidir de manera integral en la población estudiada en primer nivel de atención.

## RESULTADOS

Se recolectó una muestra de 91 pacientes, con un rango de edad de 31 a 83 años, distribuidos por rangos de edad presentándose en un 7.69% en un rango de edad de 31 a 40 años, 24.18% de 41 a 50, 32.97% de 51 a 60 años y 35.16% mayores de 60 años, encontrándose una mediana de edad de 56.9 años.

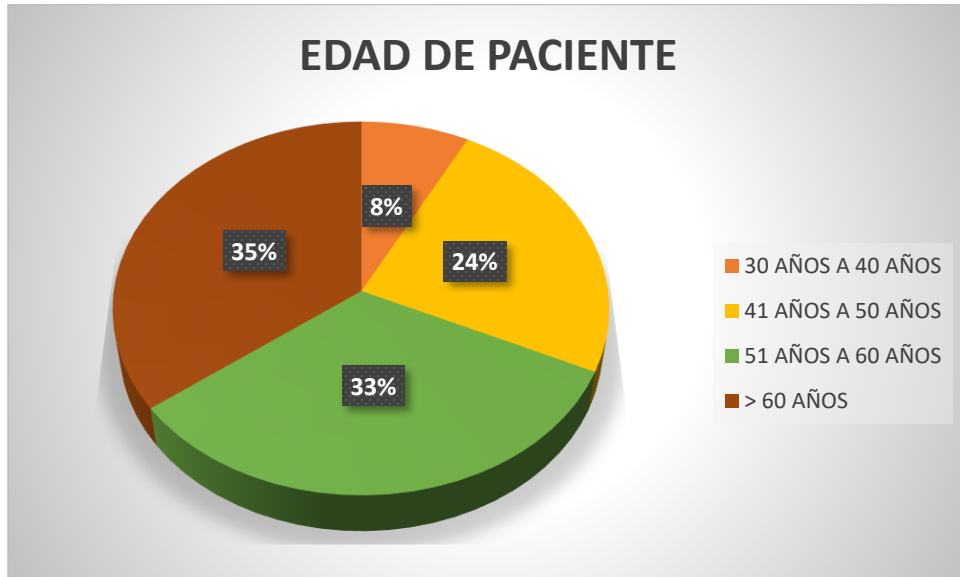


Gráfico 1. Edad de pacientes por rango de edad encuestadas

Al analizar los factores sociodemográficos, su escolaridad encontramos que 6 (6.59%) es analfabeta, mientras que 26 (28.57%) cuenta con primaria, 22 (24.18%) secundaria, 29 (31.87%) bachillerato y solo 8 (8.79%) cuenta con licenciatura.

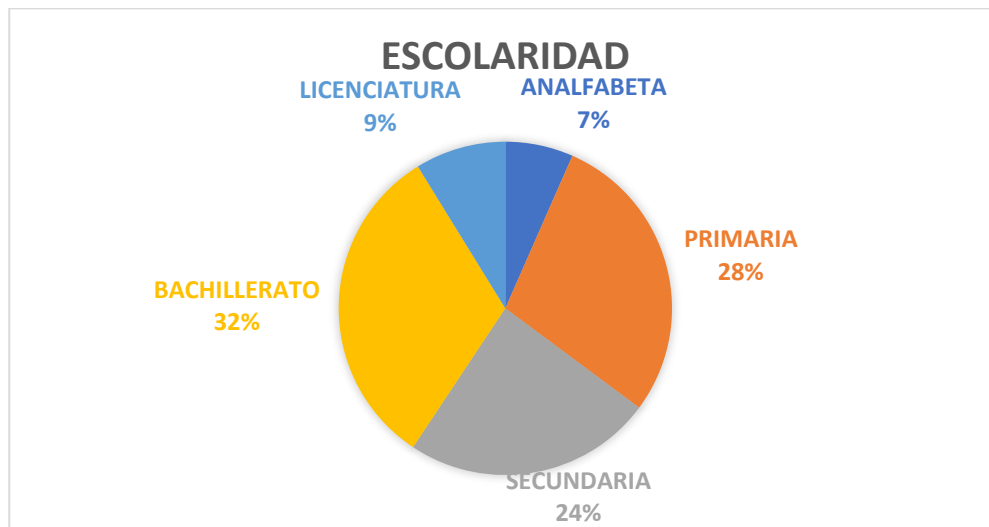


Gráfico 2. Escolaridad de pacientes encuestadas.

En cuanto a su ocupación 34 (37.36%) dijeron ser amas de casa, 27 (29.67%) refirió contar con algún empleo, 10 (10.99%) se encuentra desempleada y 20 (21.98%) es pensionada.

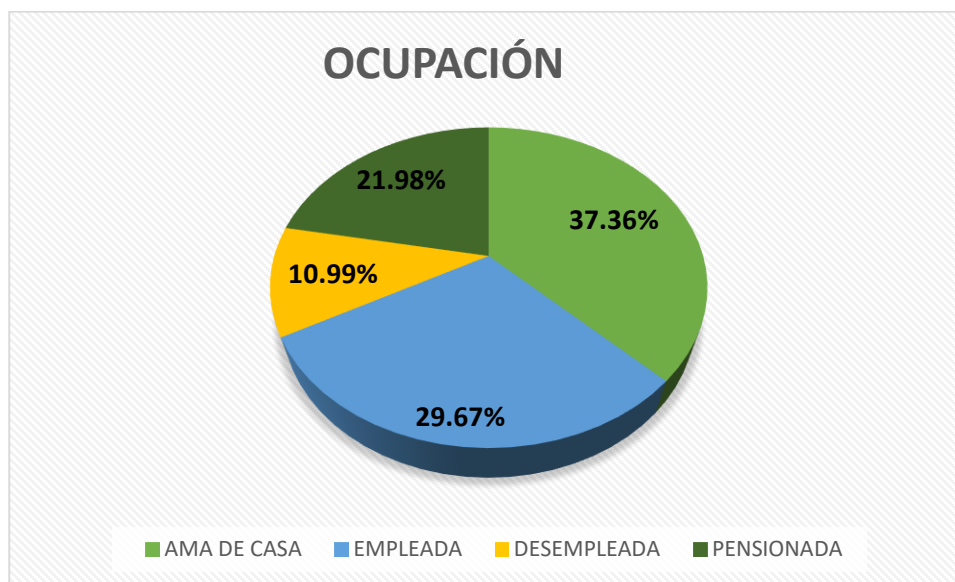


Gráfico 3. Ocupación de pacientes encuestadas.

Al analizar los principales factores de riesgo para cáncer de mama se obtuvo lo siguiente: antecedentes familiares de cáncer de mama 69 (75.82%) dijo no tenerlo o desconocerlo, mientras que solo 22 (24.18%) contestó de forma afirmativa.

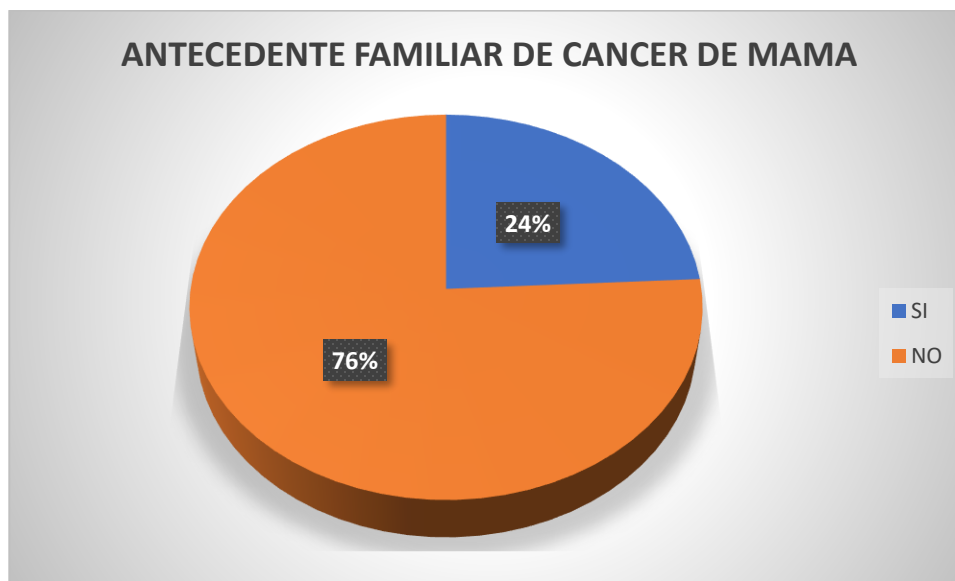


Gráfico 4. Antecedente Familiar de Cáncer de mama

En la pregunta de tabaquismo 69 (75.82%) dijo que, si fumaba, mientras que solo 22 (24.18%) dijo no haberlo hecho.

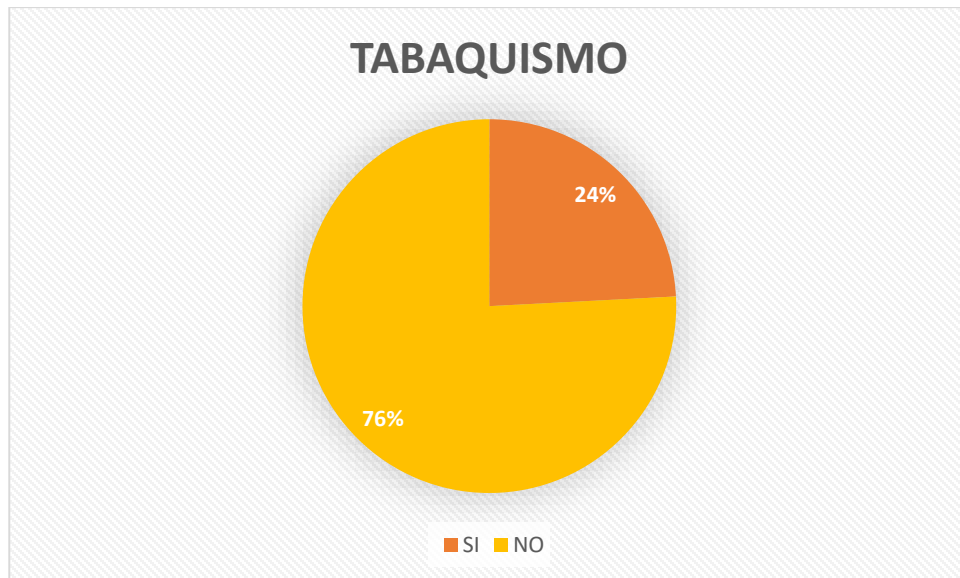


Gráfico 5. Antecedente de tabaquismo

En cuanto al antecedente de lactancia materna 51 (56.04%) dijo que no lacto a ninguno de sus hijos o no los tuvieron, mientras que solo 40 (43.96%) dijo que si lo habían hecho.



Gráfico 6. Antecedente de Lactancia materna

Un factor agregado fue el uso de hormonales orales obteniendo que 42 (46.15%) ha utilizado anticonceptivos hormonales orales, mientras que 49 (53.85%) refirió no haberlo hecho.

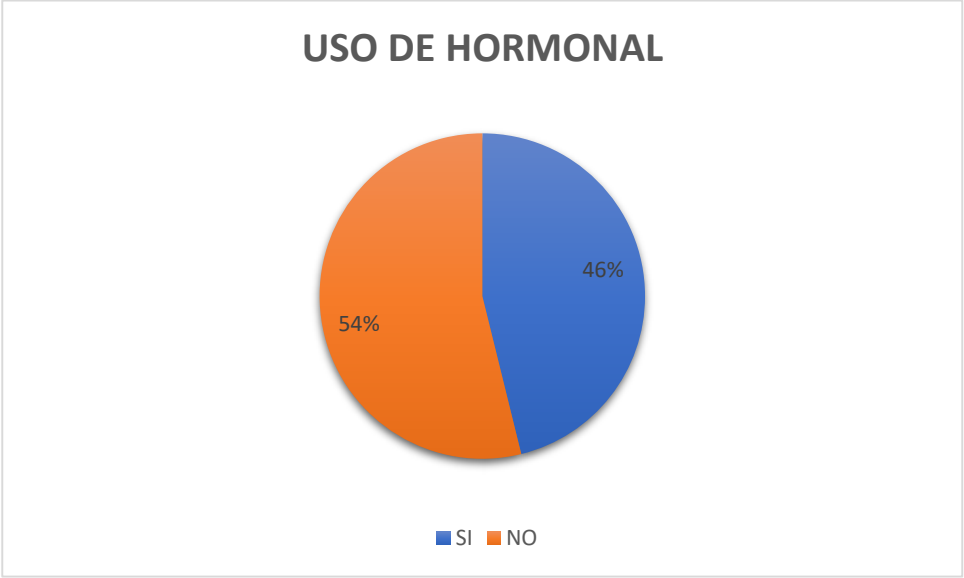


Gráfico 7. Antecedente de Uso de hormonal oral

En cuanto al análisis del estado de su enfermedad se obtuvieron los siguientes resultados: estadio del cáncer 17 se encuentra en estadio I, 49 (53.85%) en estadio II, 21 (23.08%) en estadio III y solo 2 (2.2%) en estadio IV, mientras que 2 (2.2%) no tiene estadificación.

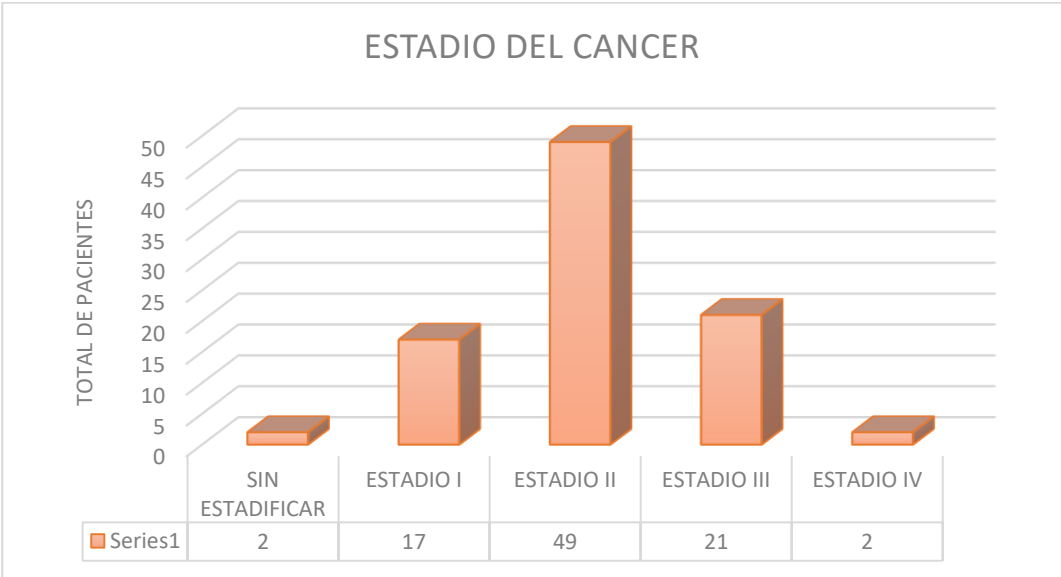


Gráfico 8. Estadio del cáncer de mama de pacientes mastectomizadas.

Se analizó de acuerdo al seno afectado presentándose afección de seno derecho en 39 (42.86%), en 29 (31.87%) seno izquierdo y en 23 (25.27%) la afección es bilateral.

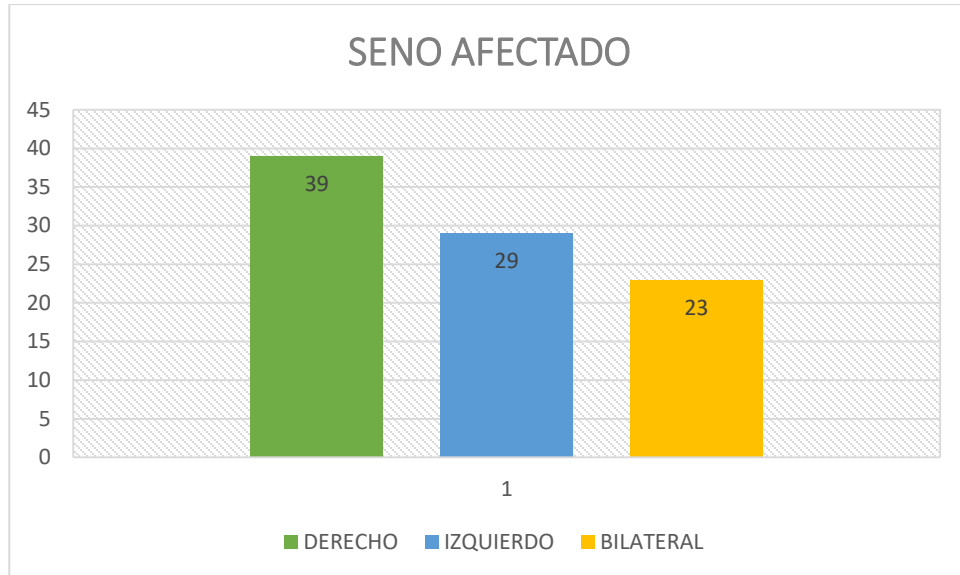


Gráfico 9. Seno afectado por cáncer de mama.

Otra cuestión fue la de tipo de cirugía realizada en donde a 43 (47.25%) se le realizó mastectomía radical, mientras que a 48 (52.75%) se le realizó conservadora.



Gráfico 10. Tipo de cirugía realizada en pacientes encuestadas.

Se realizó la pregunta de si cursaban con algún otro padecimiento obteniendo que 40 (43.96%) cursan con diabetes, 17 (18.68%) con hipertensión, 32 (35.16%) con obesidad y 2 (2.20%) con otro padecimiento no especificado.

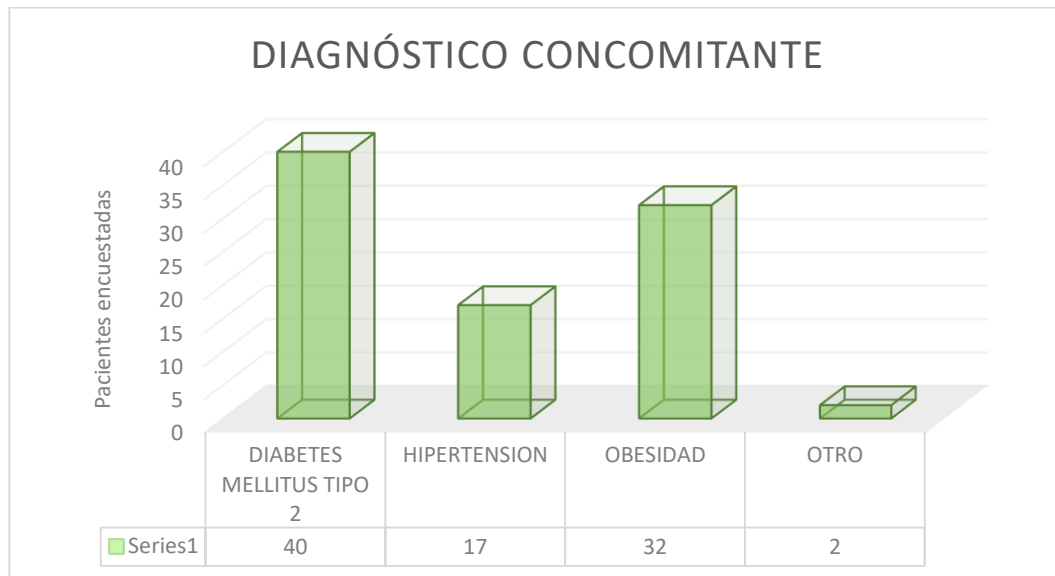


Gráfico 11. Diagnóstico concomitante en pacientes encuestadas.

Estudiando el tema central de este estudio que es la calidad de vida se encontró que 54 (59.34%) tiene una mala calidad de vida, 32 (35.16%) tiene una calidad de vida regular o normal y solo 5 (5.49%) refirió tener una buena calidad de vida.

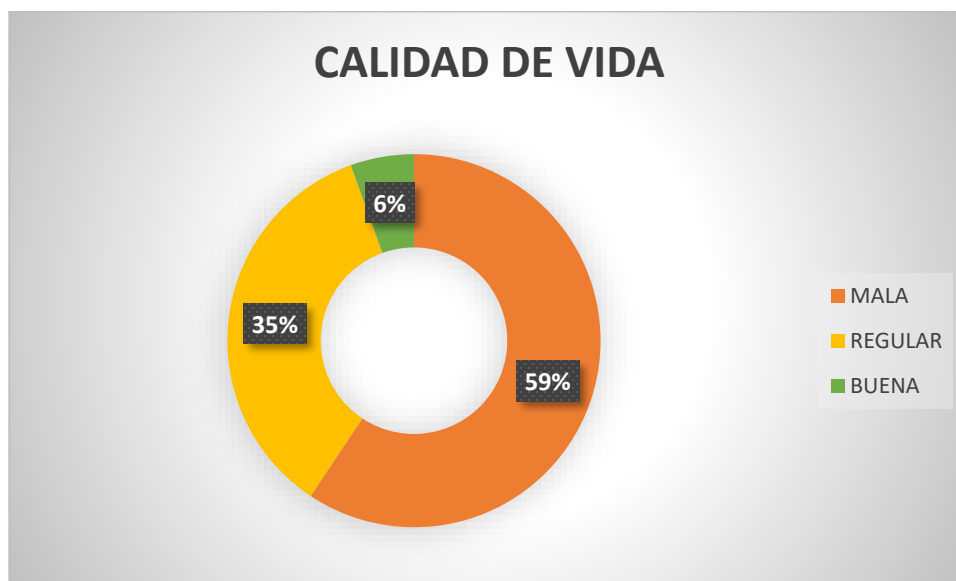


Gráfico 12. Calidad de vida en pacientes mastectomizadas.

Al realizar un análisis más detallado se realizaron tablas cruzadas para comparar dos variables estudiadas y corroborar si estas tenían relación importante en la calidad de vida de los pacientes. Así podemos observar que, al relacionar calidad de vida con edad de los pacientes en el rango de 30 a 40 años, 1 (1.09%) la refiere como mala, 3 (3.29%) como regular y 3 (3.29%) como buena, en el rango de 41 a 50 años 5 (5.49%) la refieren como mala, 15 (16.48%) regular y solo 2 (2.19%) como buena, en el rango de 51 a 60 años 16 (17.58%) la refieren como mala, 14 (15.38%) como regular y ninguna tiene buena calidad de vida, en las pacientes mayores de 60 años 32 (35%) la refieren como mala.

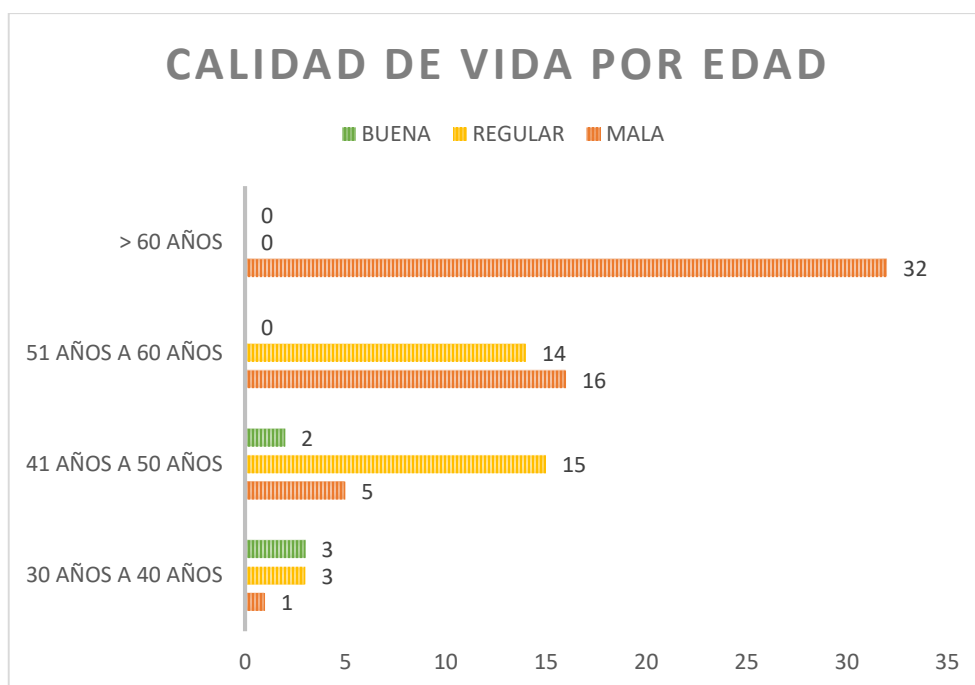


Gráfico 13. Calidad de vida de pacientes mastectomizadas por grupos de edad.

Al relacionar calidad de vida con estadio del cáncer encontramos que las que se encuentran en estadio I, 5 (5.49%) tienen una buena calidad de vida, 5 (5.49%) regular y 7 (7.69%) mala, las pacientes que cursan con un estadio II, 27 (29.67%) tiene una calidad de vida regular, mientras que 22 (24.17%) refiere es mala, y ninguna refiere tener una buena calidad, las pacientes en estadio 3, 21 (23.07%) refiere tener una mala calidad, que es el total de las pacientes en estadio, y las que cursan con un estadio IV o se encuentran si estadificar, de igual manera en su totalidad 2 (2.19%) respectivamente refieren una mala calidad de vida.

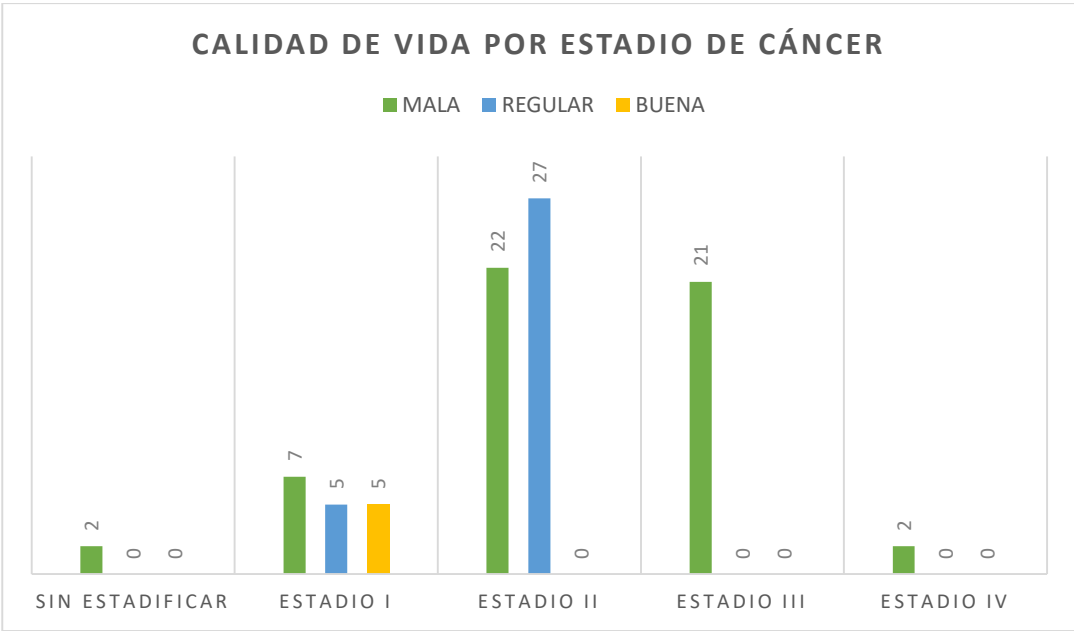


Gráfico 14. Calidad de Vida de acuerdo con el estadio de cáncer en que se encuentran las pacientes encuestadas.

Al relacionar calidad de vida con tipo de cirugía realizada encontramos que en aquellas que se realizó cirugía conservadora 22 (24.17%) la refieren una mala calidad de vida, 21 (23.07%) como regular y 5 (5.49%) la refirieron como buena, mientras que las pacientes que se les realizó cirugía radical 32 (35.16%) contestaron que es mala, 11 (12.09%) la refieren como regular y ninguna dijo tener una buena calidad de vida.

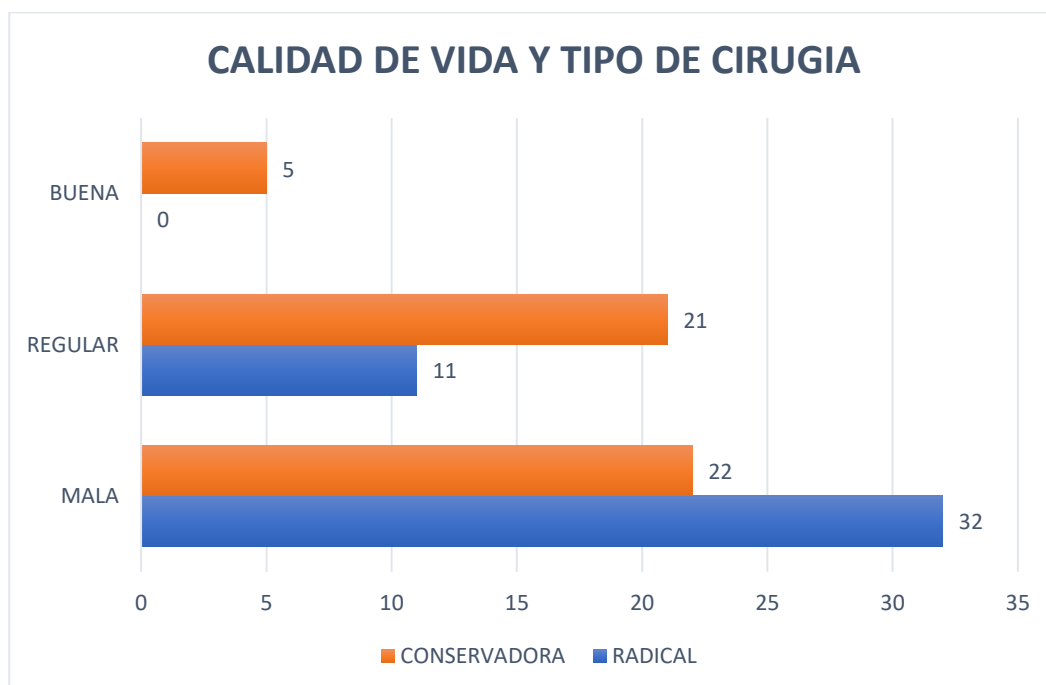


Gráfico 15. Calidad de vida de acuerdo a tipo de cirugía en pacientes encuestadas.

Al relacionar calidad de vida con diagnóstico concomitante en pacientes mastectomizadas encontramos aquellas pacientes que cursan con diabetes mellitus tipo 2 26 (28.6%) refirió tener mala calidad de vida, 12 (13.19%) regular y 2 (2.2%) buena, de las pacientes con hipertensión 9 (9.9%) contestaron tener mala calidad de vida, 6 (6.6%) regular y 2 (2.2%) buena, las pacientes con obesidad agregada refirieron 17 (18.7%) tener mala calidad de vida, 14 (15.38%) regular y 1 (1.09%) buena, las pacientes que refirieron tener otro padecimiento o ninguno 2 (2.2%) contestaron tener una mala calidad de vida.

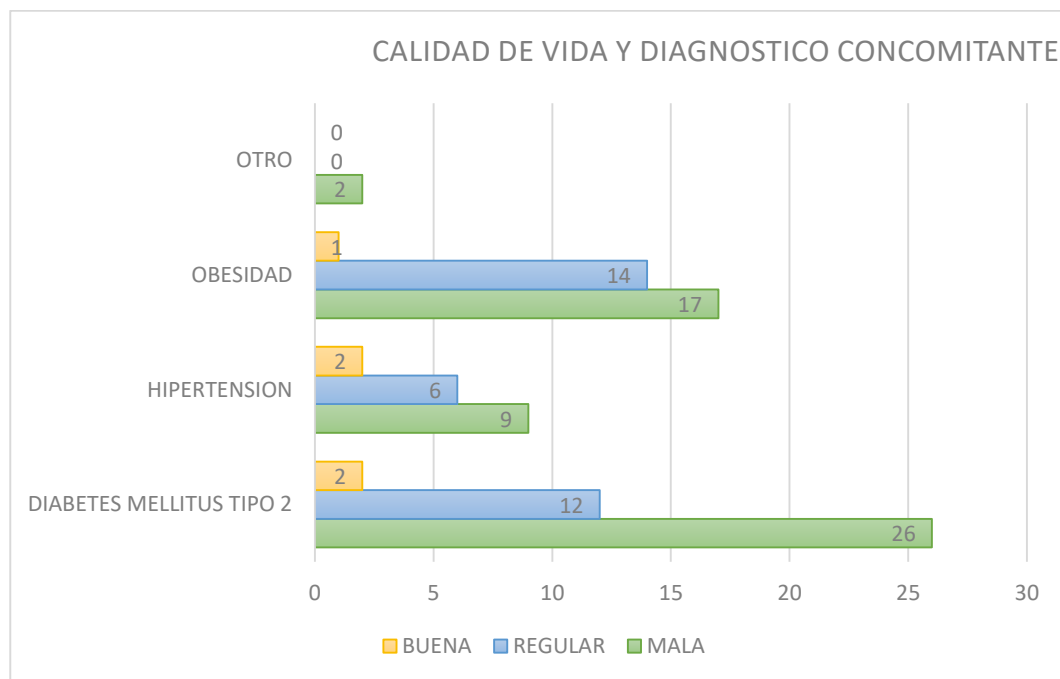


Gráfico 16. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico concomitante de pacientes mastectomizadas.

Al analizar las respuestas del cuestionario FACT-B se pudo observar que el área más afectada fue el estado de bienestar físico, al encontrar que 60% de las respuestas fueron negativas, seguidas del estado físico general de salud, bienestar socio familiar, subescala de mama con un 54% respectivamente, y el que se ve menos afectado es el estado de bienestar emocional.

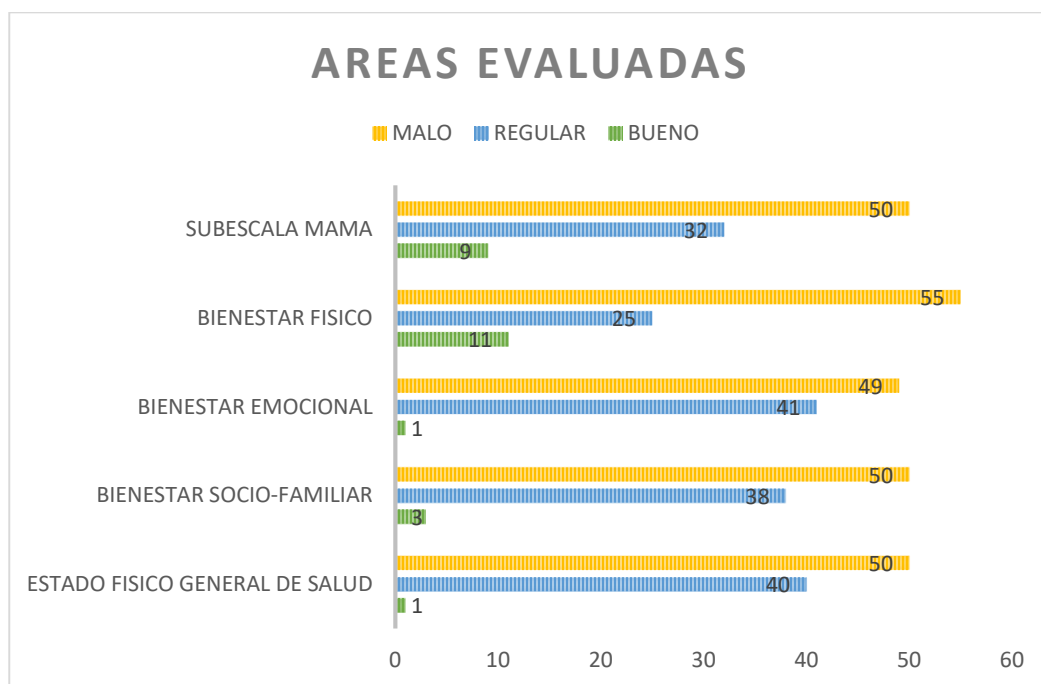


Gráfico 17. Áreas evaluadas de cuestionario FACT-B en pacientes mastectomizadas.

Al realizar la prueba no paramétrica Anova (Kruskal- Wallis) se encontró que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de Calidad de vida y antecedente de cáncer de mama ( $p=0.656$ ). De la misma manera no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las variables tabaquismo y calidad de vida ( $p=0.110$ ), calidad de vida y seno afectado ( $p=0.628$ ), calidad de vida y lactancia materna ( $p=0.408$ ).

Se encontró relación entre la calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama y escolaridad ( $p=0.028$ ), Estadio de cáncer con calidad de vida ( $p=0.000$ ), una relación de calidad de vida con edad de las pacientes ( $p=0.000$ ) así como con el tipo de cirugía ( $p=0.003$ ).

	Estadísticos de prueba				
	ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER	TABAQUISMO	ESCOLARIDAD DE PACIENTES ENCUESTADAS	SENO AFECTADO	ESTADIO DE CÁNCER
Chi-cuadrado	24,275 <sup>a</sup>	24,275 <sup>a</sup>	24,440 <sup>b</sup>	4,308 <sup>c</sup>	81,473 <sup>b</sup>
gl	1	1	4	2	4
Sig. asintótica	,000	,000	,000	,116	,000
	TIPO DE CIRUGIA	LACTANCIA MATERNA	DIAGNOSTICO CONCOMITANTE	USO DE HORMONAL ORAL	CALIDAD DE VIDA
Chi-cuadrado	,275 <sup>a</sup>	1,330 <sup>a</sup>	37,220 <sup>d</sup>	,538 <sup>a</sup>	39,714 <sup>c</sup>
gl	1	1	3	1	2
Sig. asintótica	,600	,249	,000	,463	,000
a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 45,5.					
b. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 18,2.					
c. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 30,3.					
d. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 22,8.					

## DISCUSIÓN

Revisando la estadística mundial en relación al tema descrito en este trabajo, un estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad Médico Familiar No. 2, Puebla, en 2007, en donde se entrevistaron 140 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, siendo 91 pacientes el total de la muestra de esta tesis; se determinó un promedio de edad de  $52.25 \pm 11.81$  con una mínima de edad de 23 años y una máxima de edad de 88 años, comparado con la media obtenida en este estudio de 56.9 años, en un rango de 31 a 83 años. En el 51.4% de las pacientes se refirió que tenían algún familiar de línea directa con algún tipo de cáncer sin especificar quién. En esta tesis descrita se obtuvo un 24% de las pacientes con antecedente positivo de cáncer de mama en su familia.

En otro estudio realizado por Guerra y colaboradores en 2013, en cuanto a los datos sociodemográficos obtenidos, se observó que la ocupación hogar y escolaridad primaria fueron las más frecuentes, comparado con ama de casa y bachillerato como más frecuentes en este estudio presentado. Como antecedente de enfermedades agregadas se obtuvo que la Diabetes tipo 2 fue de 30.3% y en esta tesis el antecedente más frecuente coincide con Diabetes Mellitus tipo 2, seguido de obesidad. Otro factor como el uso de hormonales se observó que 37 pacientes (48.7%) nunca los consumieron, 22 (28.9%) lo hicieron de 1-5 años, 14 (18.4%) de 6-10 años y 3 (3.9%) de 11- 15 años. Siendo el anticonceptivo hormonal más utilizado el oral con 24 casos (31.6%) y hormonal inyectable con 15 casos (19.7%). En este estudio se encontró que 46.1% de las pacientes habían usado un hormonal oral sin especificar tiempo de uso. En cuanto al antecedente de lactancia materna 75% tuvo lactancia exclusiva, sin determinar el tiempo.

Otro estudio realizado por Sánchez y colaboradores en el 2014 en un total de 198 pacientes donde por medio del instrumento FACT-b se determinó la calidad de vida de pacientes mastectomizadas; se obtuvieron los siguientes datos: bienestar físico, 20,6 (6,5); social/familiar, 19,7 (6,2); bienestar emocional, 18,7 (5,5); bienestar funcional, 16,8 (6,3); subescala específica del cáncer de mama, 25,1 (6,7). Las diferencias entre las medias de los puntajes de las subescalas fueron significativas ( $F [4,980] = 48,37$ ;  $p = 0,000$ ); esta diferencia ocurrió a expensas de los dominios bienestar funcional y subescala

específica. Los mayores puntajes de las medianas de cada ítem alcanzaron un valor de 4 y pertenecen a los ítems “Tengo náuseas”, “Necesito estar acostada”, “Recibo apoyo emocional por parte de mi familia”, “Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad”, “Me ha faltado el aire para respirar”, “Me preocupa cómo tengo que vestirme por mi enfermedad, y “Tengo el brazo hinchado y adolorido”. El ítem que obtuvo la mediana más baja fue “Me preocupa que otros miembros de la familia puedan tener la misma enfermedad”. Comparado con los resultados de este estudio se obtuvo que 54 pacientes (59.34%) tiene una mala calidad de vida, 32 (35.16%) tiene una calidad de vida regular o normal y solo 5 (5.49%) refirió tener una buena calidad de vida. El área más afectada fue el estado de bienestar físico, al encontrar que 60% de las respuestas fueron negativas, seguidas del estado físico general de salud, bienestar socio familiar, subescala de mama con un 54% respectivamente, y el que se ve menos afectado es el estado de bienestar emocional.

Finalmente, en otro estudio realizado por Kocan et. al, en el año 2016 cuya muestra consistió en 20 pacientes que se sometieron a procedimientos de mastectomía presentaban pensamientos y sentimientos los cuales revelan muchas diferencias en este estudio ya que, algunas fueron agradecidas de seguir con vida y vieron esto como algo más importante que perder un seno. Mientras que otras mujeres entendieron que la cirugía era necesaria para conservar su salud, pero después de la cirugía, experimentaron gran tristeza al perder uno de sus senos. En la mayoría de las mujeres analizadas ellas hablaron sobre el impacto negativo del cambio en la apariencia de su imagen corporal al ser mastectomizadas secundario al cáncer de mama. Después de la cirugía, muchas mujeres se describieron como una figura horrible, espantosa, fea, y colapsada al perder su seno. Pero la descripción más usada de su apariencia fue que ellas se observaban incompletas al no tener un seno por el cáncer de mama. Lo cual es coincidente con los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario específico para cáncer de mama y calidad de vida FACT-B, utilizado en esta tesis.

## CONCLUSIONES

La hipótesis inicial de este trabajo se cumplió, al encontrar una mala calidad de vida en la mayoría de las mujeres entrevistadas, dejando un amplio margen para poder ampliar la muestra, quizá en pacientes pre mastectomización y post, y de esta manera intervenir de manera integral en ellas.

La calidad de vida en las mujeres mastectomizadas varía de acuerdo con el momento en que se encuentre la paciente, edad de detección y procedimiento quirúrgico, lo cual debe tomarse en cuenta al momento de hacer el manejo de forma integral.

Se pudo observar a partir de este estudio que el instrumento funciona específicamente en las mujeres que tienen diagnóstico de cáncer de mama. La edad promedio de las pacientes coincide con la estadística mundial, observándose que se presenta cada vez más en pacientes jóvenes, es importante que este tipo de estudios se realicen en este tipo de población tan vulnerable y en distintos momentos del curso de estas, ya que si bien hay estudios en donde se ha utilizado el instrumento cuando ha sido recién diagnosticadas, los resultados varían cuando ya han sido sometidas a mastectomía, afectando los rubros psicosociales y emocionales, no dejando atrás el familiar. En cuanto a los factores de riesgo algunos coinciden con los factores previamente establecidos en la literatura, algunos no, probablemente sesgados por el descuido de la paciente de si existen o no.

## LIMITACIONES

Las principales limitaciones para hacer esta tesis fueron la falta de acceso rápido a los datos en archivos de mi UMF, la disponibilidad y horarios en los que las pacientes acuden a consulta ya que debieron captarse cuando acudían a la UMF. Inclusive algunas tuvieron que ser localizadas en 3er nivel de atención.

Además de que en el cuestionario realizado se pudo ser mas específico para factores sociodemográficos.

La falta de recursos materiales o económicos para traslado y localización de las pacientes.

## PROPUESTAS

Ampliar la muestra aplicando el instrumento a pacientes pre y post mastectomizadas para poder intervenir de manera integral en ellas y de ser posible, en sus familias y lograr modificar la mala calidad de vida con la que se perciben las pacientes.

Derivar oportunamente a las pacientes a servicios de psicología para mitigar la afectación en la calidad de vida de las pacientes.

Crear redes de apoyo dentro de la UMF para pacientes que presentan este tipo de cáncer y que han sido intervenidas quirúrgicamente (mastectomizadas).

Dar seguimiento a esta tesis para que se pueda comparar a futuro y evaluar los posibles cambios que se pudieran lograr tras este estudio en las pacientes mastectomizadas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Castrezana Campos MR. Geografía del cáncer de mama en México. *Investigaciones Geográficas* 2017; 93: 1-18.
2. Uscanga Sánchez S, Torres Mejía G, Ángeles Llerenas A, et al. Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso. *Salud Pública Mex* 2014; 56: 528-537.
3. Vich P, Brusint B, Álvarez Hernández C, et al. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (I/V). *Rev Clin Med Fam* 2014; 40: 326–333.
4. Siegel R, Naishadham D, Jemal A, et al. Cancer Statistics, 2013. *CA Cancer J Clin* 2013; 37: 408–414.
5. Dávila Arias C, Ocón O, Fernández MF, et al. Factores relacionados con la supervivencia libre de enfermedad en el cáncer de mama. *Med Clin* 2014; 143: 293-299.
6. Milbury K, Kavanagh A, Meng Z, et al. Depressive symptoms and positive affect in Chinese and United States breast cancer survivors: a cross-cultural comparison. *Support Care Cancer* 2017; 25: 2103–2109.
7. INEGI. Estadísticas a Propósito Del Día Mundial De La Lucha Contra El Cáncer De Mama. *Rev. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática* 2015; 1: 1–14.
8. Cárdenas J, Bargallo E, Erazo A, et al. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mex Onc* 2013; 3: 9-10.
9. Møller H, Purushotham A, Linklater KM, et al. Recent childbirth is an adverse prognostic factor in breast cancer and melanoma, but not in Hodgkin lymphoma. *Eur J Cancer* 2013; 49: 3686–3693.
10. Urzua A, Caqueo Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2013; 30: 61-71.
11. Juárez Romero O, Cañedo Villarreal R, Carmen Barragán Mendoza MC, Medición de la calidad de vida mediante índices sintéticos en localidades del municipio de Acapulco, Guerrero, México. *Rev Población y Salud en Mesoamérica* 2017; 14: 1-20.

12. Antonio Calero P, Fabiola Vallejo L, Gustavo Lemus S. Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá* 2015; 2: 195-218.
13. Sánchez Ramírez ME, Arcega Domínguez A. Relación de la calidad de vida y depresión en pacientes con cáncer de mama. 2007; 1: 1-67.
14. Guerra Castañón CD, Ávalos de la Tejera M, González Pérez B, et al. Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama en una unidad de atención primaria. *Aten Fam* 2013; 20: 73-76.
15. Vega Malagón G, Ávila Morales J, García Solís P, et al. La Obesidad y su relación con el cáncer de mama en una población mexicana. *European Scientific Journal* 2014; 10:132–140.
16. Grajales Pérez EG, Cazares Flores C, Díaz Amezcua L, et al. Factores de riesgo para el cáncer de mama en México: revisión de estudios en poblaciones mexicanas y México – americanas. *CES Salud Pública* 2014; 5: 50-58.
17. Sánchez Pedraza R, Sierra Matamoros FA, López Daza DF. Colombian validation of the FACT-B scale for measuring breast cancer patients' quality of life. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2014; 63:196–206.
18. Faló Zamora C, Villar Abello H, Rodríguez Bruzos E, et al. Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: la opinión de las pacientes. *Rev Psic* 2014; 11: 313-331.
19. Salinas Martínez AM, Juárez Ruiz A, Mathiew Quirós Á, et al. Cáncer de mama en México: tendencia en los últimos 10 años de la incidencia y edad al diagnóstico. *Rev Investig Clínica* 2014; 66: 210–217.
20. Jaime Bernal L, Téllez López A, Juárez García DM. El efecto de la hipnoterapia en la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama. *Rev Psic* 2015; 12: 39-49.
21. Kocan S, Gursoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Heal* 2016; 12: 145–150.
22. Aguirre Loiza HH, Núñez C, Milena Navarro A, et al. Calidad de Vida según el Estado del cáncer de seno en mujeres: Análisis desde el Fact-B y SF-36. *Psychol* 2017; 11:109-120.

23. Pineda Higueta SE, Andrade-Mosquera SM, Montoya Jaramillo YM. Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama 2013. *Gerenc y Políticas Salud* 2017; 16: 85–95.

## ANEXOS

### ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN  
SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS CON ANTECEDENTE DE CANCER DE MAMA EN LA UMF NO. 2 DEL IMSS PUEBLA
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 2, IMSS, Puebla, Pue.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida en las pacientes a las que se les ha quitado un seno por cáncer de mama, ya que esto nos permitirá un abordaje integral en el estudio de las

	<p>enfermedades crónicas, en este caso, para pacientes mastectomizadas por cáncer de mama; esta puede verse afectada por variables de tipo biológico o físico, por el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación, así como por variables psicosociales como la imagen corporal, el estatus emocional y las relaciones de pareja. Con este estudio se mejoran las condiciones de vida, trabajo, salud y convivencia de dichas pacientes y de esta forma reintegrarlas a la sociedad, sin que presenten ningún tipo de discriminación o inseguridad que pudiese afectarlas física, mental o psicológicamente.</p>
Procedimientos:	<p>Se revisarán los expedientes de las pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama y hayan sido operadas del seno y se les realizarán unas preguntas que le tomará aproximadamente 10 minutos responder. El cuestionario consta de 36 ítems, en los cuales se les preguntará cosas como edad, ocupación, escolaridad, como se siente en cuanto a su salud, a sus relaciones sociales y emocionalmente</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>No existe ningún riesgo a su salud física, psicológica o moral, la única molestia que podría presentar es el tiempo para contestar las preguntas.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Estimadas pacientes, las siguientes preguntas les permitirán conocer sobre la calidad de vida que tienen posterior a la operación por el cáncer de seno, para detectar con que acciones las podemos apoyar mejor a futuro.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>En el momento que lo solicite se le darán los resultados de las preguntas, manteniendo la privacidad.</p>
Participación o retiro:	<p>Usted podrá retirarse del estudio en el momento en que lo desee sin que se vean afectados sus derechos ante el IMSS.</p>

Privacidad y confidencialidad:	El equipo de investigadores resguardará toda la información de manera segura, secreta y privada, y solo se utilizará para los fines del estudio sin que nadie más tenga acceso a esta información.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Estimadas pacientes, al finalizar el estudio, ustedes podrán saber más sobre la calidad de vida que tienen posterior a la operación por el cáncer de seno, para detectar con que acciones las podemos apoyar mejor a futuro.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. ELIZABETH MÉNDEZ FERNÁNDEZ COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD. Adscripción: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2 IMSS PUEBLA. Matrícula 8679797 Celular: 2223107847. Correo: <a href="mailto:elizabeth.mendezf@imss.gob.mx">elizabeth.mendezf@imss.gob.mx</a>
Colaboradores:	DR. VICTOR ADAN CONDE CORTERO R1 MEDICINA FAMILIAR. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2 IMSS PUEBLA. Matrícula 97220914. Celular 2461169509. Correo: <a href="mailto:condevic91@gmail.com">condevic91@gmail.com</a> ,
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.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

DR. VICTOR ADAN CONDE  
CORTERO

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el  
consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_

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**

Puebla, Pue, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de mama (FACT B)

### DATOS GENERALES

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_. Escolaridad: \_\_\_\_\_. Ocupación: Ama de casa \_\_\_\_  
Empleada \_\_\_\_\_ Desempleada \_\_\_\_ Pensionada \_\_\_\_

Antecedentes de familiares con cáncer de mama o de algún otro tipo de cáncer (especificar que familiares): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Fuma? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos cigarros a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años lleva fumando? \_\_\_\_\_ Seno afectado \_\_\_\_\_

Estadio del cáncer: Estadio I \_\_\_\_ Estadio II \_\_\_\_ Estadio III \_\_\_\_ Estadio IV \_\_\_\_

¿Dio leche materna a sus hijos? (si/no) \_\_\_\_ ¿Por cuántos meses? 1 a 3 meses \_\_\_\_ 4 a 6 meses \_\_\_\_ 7 a 12 meses \_\_\_\_ Más de 13 meses \_\_\_\_

Tipo de cirugía: Mastectomía radical: \_\_\_\_\_ Cirugía conservadora: \_\_\_\_\_

En caso de tener enfermedades que le hayan diagnosticado durante su vida, mencione cuales son: Diabetes Mellitus: \_\_\_\_\_ Hipertensión: \_\_\_\_\_

Otras (mencionar cuales) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Instrucciones: Cada frase tiene 5 opciones de respuesta. Tiene que indicar un número dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante la última semana.**

**Por favor marque con una “X” sólo uno de los números que aparecen en cada línea.**

Estado físico general de salud	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Demasiado
1. Me falta energía.....	①	①	②	③	④
2. Tengo náuseas.....	①	①	②	③	④
3. Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	①	①	②	③	④
4. Tengo dolor.....	①	①	②	③	④
5. Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	①	①	②	③	④
6. Me siento enfermo.....	①	①	②	③	④
7. Necesito estar acostado.....	①	①	②	③	④

Bienestar Social/Familiar	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Demasiado
1. Me siento cercana a mis amistades.....	①	①	②	③	④
2. Recibo apoyo emocional de mi familia.....	①	①	②	③	④
3. Recibo apoyo por parte de mis amistades....	①	①	②	③	④
4. Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	①	①	②	③	④
5. Me siento satisfecha con la manera en que se comunica mi familia sobre mi enfermedad...	①	①	②	③	④

1. Me siento cercana a mi pareja .....	①	①	②	③	④
7. Estoy satisfecha con mi vida sexual.....	①	①	②	③	④

Bienestar emocional	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Demasiado
1. Me siento triste .....	①	①	②	③	④
2. Estoy satisfecha de como enfrente mi enfermedad .....	①	①	②	③	④
3. Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad .....	①	①	②	③	④
4. Me siento nerviosa .....	①	①	②	③	④
5. Me preocupa morir .....	①	①	②	③	④
6. Me preocupa que mi enfermedad empeore	①	①	②	③	④

Bienestar funcional	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Demasiado
1. Puedo trabajar.....	①	①	②	③	④
2. Me satisface mi trabajo.....	①	①	②	③	④
3. Puedo disfrutar de la vida.....	①	①	②	③	④
4. He aceptado mi enfermedad.....	①	①	②	③	④
5. Duermo bien.....	①	①	②	③	④
6. Disfruto con mis pasatiempos de siempre...	①	①	②	③	④
7. Estoy satisfecha con mi calidad de vida.....	①	①	②	③	④

Subescala mama	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Demasiado
1. Me ha faltado el aire para respirar.....	①	①	②	③	④
2. Me preocupa como tengo que vestirme.....	①	①	②	③	④
3. Tengo el brazo hinchado o adolorido.....	①	①	②	③	④
4. Me siento físicamente atractiva.....	①	①	②	③	④
5. Me molesta la pérdida de cabello.....	①	①	②	③	④
6. Me preocupa que otros miembros de la familia puedan padecer la misma enfermedad.	①	①	②	③	④
7. Me preocupan los efectos del estrés.....	①	①	②	③	④
8. Me molestan los cambios de peso.....	①	①	②	③	④
9. Me sigo sintiendo una mujer.....	①	①	②	③	④

