



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Subdivisión de Medicina Familiar

Instituto Mexicano del Seguro Social

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en  
Hidalgo

Jefatura de Prestaciones Médicas

Coordinación de Planeación y Enlace  
Institucional

Unidad de Medicina Familiar No.32



## **Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32**

Número de registro SIRELCIS: R-2024-1202-018

Tesis de posgrado para obtener el título de:

Médico especialista en Medicina Familiar presenta:

Investigadora asociada y tesista:  
Dra. Luisa Fernanda Rosario Quezada

Investigadora responsable:  
Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo

Investigador asociado:  
Lic. Edmundo Marco Antonio López Corella

Investigador asociado:  
Dr. Jesús Martínez Ángeles

CD. MX. Periodo de la especialidad: 2023 – 2026. 1

CD. MX., 2025



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Con gratitud infinita, le agradezco a la vida por permitirme seguir superando como persona y profesional; por culminar una de las etapas más anheladas en mi formación académica; así como, a mi familia quienes desde el primer día han estado a mi lado en cada paso del camino, ya que todos forman una pequeña parte de este sueño.

A mi mamá, por su entrega incondicional a nuestra familia, por ser mi mayor fuente de inspiración como madre, esposa, amiga y mujer, por ser mi guía y mi apoyo incondicional. Que Dios me permita retribuirte, siquiera la mitad de lo que me has brindado.

A mi papá, por brindarme la oportunidad de una educación, por tu tiempo, que a pesar de las adversidades estamos juntos y sobre todo por creer en mí.

A mi mamá-madre, por tu bendición de cada día, por tu compañía y amor sincero, pero, sobre todo, por ser mi mejor ejemplo de vida. Te amo.

A la vida por haberme dado la familia que tengo, mis padres y a mi hermano Manolo, por ser la razón que me impulsa cada día, pues sin ustedes no lo habría logrado, los amo.

A la persona que elegí convertirla en mi familia y compañero de vida, por su tolerancia, orientación, apoyo y amor incondicional infinitas gracias amor, Andrés.

A mis profesores, por su invaluable orientación y apoyo durante la elaboración de mi tesis, en especial a mis asesores, Dra. Wendoly Venecia, Dr. Jesús Martínez y Lic. Marco Antonio López, a quienes agradezco profundamente por confiar en mí.

Infinitas gracias.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### INVESTIGADORA RESPONSABLE

Nombre: Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo  
Cargo: Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud  
Matrícula: 11884029  
Adscripción: UMF No. 32  
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio 201, Esquina Jaime Torres Bodet.  
Fraccionamiento Rincón del Valle. CP. 42080 Pachuca, Hidalgo  
Teléfono: 7712668389  
Correo electrónico: [wendoly.carrillo@imss.gob.mx](mailto:wendoly.carrillo@imss.gob.mx)

### INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Lic. Edmundo Marco Antonio López Corella  
Cargo: Terapeuta Físico  
Matrícula: 99133586  
Adscripción: UMF No. 32  
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio 201, Esquina Jaime Torres Bodet.  
Fraccionamiento Rincón del Valle. CP. 42080 Pachuca, Hidalgo  
Teléfono: 7712587692  
Correo electrónico: [edmundo.lopez@imss.gob.mx](mailto:edmundo.lopez@imss.gob.mx)

### INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Dr. Jesús Martínez Ángeles  
Cargo: Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud  
Matrícula: 99132128  
Adscripción: OOAD Hidalgo  
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604, Fraccionamiento el Palmar,  
42088 Pachuca de Soto, Hidalgo  
Teléfono: 7711895486  
Correo electrónico: [jesus.martinezan@imss.gob.mx](mailto:jesus.martinezan@imss.gob.mx)

### TESISTA E INVESTIGADORA ASOCIADA

Nombre: Dra. Luisa Fernanda Rosario Quezada  
Cargo: Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar  
Matrícula: 96361502  
Adscripción: UMF No. 32  
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio 201, Esquina Jaime Torres Bodet.  
Fraccionamiento Rincón del Valle. CP. 42080 Pachuca, Hidalgo  
Teléfono: 5546430572  
Correo electrónico: [luisarosario975@gmail.com](mailto:luisarosario975@gmail.com)

### LUGAR DEL ESTUDIO

Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio 201, Esquina Jaime Torres Bodet.  
Fraccionamiento Rincón del Valle. CP. 42080 Pachuca, Hidalgo  
Municipio: Pachuca de Soto, Hidalgo  
Ciudad: Pachuca de Soto, Hidalgo

## ÍNDICE

Resumen .....	10
Introducción .....	11
Marco teórico .....	12
<b>Cáncer de mama</b> .....	12
Epidemiología.....	12
Factores de riesgo.....	13
Efectos secundarios .....	14
<b>Calidad de vida</b> .....	15
Calidad de vida relacionada con la salud .....	16
Calidad de vida y cáncer de mama .....	16
Instrumento de medición de calidad de vida FACT-B.....	17
Justificación .....	19
Planteamiento del problema .....	20
Pregunta de investigación .....	20
Objetivos.....	21
Hipótesis.....	21
Material y métodos.....	22
1.- Lugar de trabajo .....	22
2.- Tipo de estudio.....	22
3.- Tiempo del estudio .....	22
4.- Criterios de selección .....	22
5.- Tipo de muestreo.....	23
6.- Población y muestra .....	23
7.- Recursos materiales y humanos.....	24
8.- Cuadro de variables .....	25
9.- Descripción general del estudio .....	27
10.- Análisis estadístico .....	27
Aspectos éticos y legales .....	28
Resultados.....	36
Discusión .....	56
Conclusión .....	58
Beneficio a la Medicina Familiar, limitaciones del estudio y sugerencias para futuras investigaciones.....	59
Anexos.....	61
Referencias.....	69

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Población estudiada	37
Tabla 2	Características basales de la población	37
Tabla 3	Resultados y porcentajes del FACT-B	38
Tabla 4	Estadística descriptiva de edad	39
Tabla 5	Rango de edad	40
Tabla 6	Ocupación	41
Tabla 7	Estado civil	42
Tabla 8	Estadística descriptiva de la dimensión bienestar físico	43
Tabla 9	Estadística descriptiva de la dimensión bienestar social/familiar	45
Tabla 10	Estadística descriptiva de la dimensión bienestar emocional	46
Tabla 11	Estadística descriptiva de la dimensión bienestar funcional	47
Tabla 12	Estadística descriptiva de la dimensión adicional de cáncer de mama	49
Tabla 13	Estadística descriptiva del FACT-B	50
Tabla 14	Prueba de proporciones	53
Tabla 15	Estado civil y los niveles de calidad de vida	54
Tabla 16	Ocupación y los niveles de calidad de vida	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Población estudiada	37
Gráfico 2	Histograma de edad	39
Gráfico 3	Distribución de la edad en pacientes con cáncer de mama	39
Gráfico 4	Rango de edad	40
Gráfico 5	Ocupación	41
Gráfico 6	Estado civil	42
Gráfico 7	Histograma de bienestar físico	44
Gráfico 8	Histograma de bienestar social/familiar	45
Gráfico 9	Histograma de bienestar emocional	46
Gráfico 10	Histograma de bienestar funcional	48
Gráfico 11	Histograma de bienestar adicional de cáncer de mama	49
Gráfico 12	Histograma del FACT-B	50
Gráfico 13	Puntuación total calidad de vida FACT-B	51
Gráfico 14	Calidad de vida FACT-B	51
Gráfico 15	Calidad de vida FACT-B	52
Gráfico 16	Distribución de los niveles de calidad de vida según FACT-B	53

## RESUMEN

### Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32

**Antecedentes:** El cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y representa la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, el impacto de esta enfermedad trasciende lo físico, afectando también la calidad de vida de las pacientes en múltiples dimensiones, incluyendo el bienestar emocional, social y funcional. En este contexto, la calidad de vida se convierte en un indicador clave para evaluar el éxito de las intervenciones médicas y la atención integral proporcionada en la UMF No. 32.

**Objetivo:** Identificar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32.

**Material y Métodos:** Es un estudio de tipo relacional, transversal y prolectivo. Se utilizó el instrumento FACT-B para medir el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, previo a la firma del consentimiento informado.

**Tiempo para desarrollarse:** marzo 2023 a junio 2025.

**Resultados:** Fueron 63 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama las que participaron respondiendo el instrumento. Como el FACT-B no tiene puntos de corte estándar, se estableció un criterio propio basado en la distribución de las puntuaciones en la muestra local, por consiguiente, el mayor puntaje del instrumento obtenido fue de 116 puntos y el menor puntaje del instrumento obtenido fue de 50 puntos. De acuerdo con los resultados del cuestionario FACT-B, la dimensión más afectada fue el bienestar físico, con un promedio de 5 puntos de 28 posibles (17.9%). En contraste, la dimensión menos afectada fue el bienestar funcional, con un promedio de 24 puntos de 28 posibles (85.7%). En general, el 46.03% de las participantes se clasificaron con una calidad de vida media, de acuerdo con los puntos de corte propuestos localmente.

**Conclusiones:** La calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, es percibida en su mayoría como media (60.3 %), seguida de alta (22.2 %) y finalmente baja (17.5 %).

**Palabras Clave:** Cáncer de mama, Calidad de vida, FACT-B, Evaluación funcional de la terapia del cáncer de mama.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un padecimiento oncológico, el cual, se caracteriza por una degeneración y transformación de las células de la glándula mamaria en células tumorales; estas células se multiplican de manera descontrolada, hasta formar un tumor y siguiendo un proceso que comprende cuatro fases: inducción, hiperplasia-displasia, carcinoma in situ y carcinoma invasivo. En cuanto a la epidemiología mundial indica que en 2022 murieron aproximadamente 670,000 personas por cáncer de mama, siendo este el más frecuente en 157 países; en Estados Unidos, representa el 30% de los recientes casos reportados de cáncer en mujeres, con estimaciones para 2024 de más de 310,000 casos nuevos y alrededor de 42,000 muertes. En México, la incidencia en 2022 fue de 27.64 por cada 100,000 habitantes mayores de 20 años, con cerca de 23,790 casos y 8,780 muertes por tumores malignos, de las cuales el 9% correspondió al cáncer de mama; además, los índices más altos se registraron en México, Nuevo León y Chihuahua. Mencionando los factores de riesgo asociados, los cuales incluyen antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes ginecológicos, presencia de mutaciones genéticas, edad, y estilos de vida no saludables como obesidad, consumo de alcohol y tabaco, y alteraciones hormonales; aumentando la oportunidad de presentar la enfermedad; por ello tras el diagnóstico, las pacientes enfrentan efectos secundarios que afectan su calidad de vida, por mencionar algunos como fatiga, insomnio, neuropatía periférica, deterioro cognitivo, privación de estrógenos, cardiotoxicidad y otras neoplasias, además de complicaciones tardías como linfedema, que impactan tanto física como emocionalmente su integridad.

La calidad de vida, interpretada como una condición de bienestar integral en los ámbitos físico, mental y social, se ve impactada en las mujeres que padecen cáncer de mama debido a los síntomas, efectos colaterales y el impacto psicológico que conlleva la enfermedad; por ello, la medición de esta mediante instrumentos como el FACT-B es fundamental para evaluar y mejorar su bienestar general.

## MARCO TEÓRICO

### Cáncer de mama

Se describe como un proceso oncológico en donde las células de la glándula mamaria sufren alteraciones y se convierten en células cancerosas, multiplicándose hasta llegar a conformar un tumor [1]. Es aquella proliferación anómala y desorganizada de las células del epitelio en los conductos o lobulillos mamarios, que avanza hasta su diseminación, un proceso que está conformado por cuatro fases los cuales son: inducción, hiperplasia-displasia, carcinoma in situ y carcinoma invasivo [2]. El cáncer de mama es una enfermedad diversa que surge por la acumulación progresiva de cambios genéticos anormales. Coexisten factores que aumentan la probabilidad de desarrollarlo, como la edad, la predisposición genética, los factores hormonales, las proliferaciones benignas y los aspectos ambientales. Sin embargo, en aproximadamente la mitad de los casos, no se logra identificar una causa específica. [3].

### Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud hace mención que a nivel mundial, en el año 2022 murieron 670,000 personas por cáncer de mama, siendo este el más común de 157 países en el mismo año [4].

Según la American Cancer Society en Estados Unidos, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres, representando alrededor del 30% de los casos nuevos de cáncer en mujeres de forma anual. Las estimaciones de la Sociedad Estadounidense sobre el cáncer de mama para el 2024 que presentan son de 310,720 nuevos diagnósticos de cáncer de mama invasivo en mujeres, 56,500 nuevos casos diagnosticados de carcinoma ductal in situ, y se estima que aproximadamente 42,250 pacientes fallecerán por cáncer de mama [5].

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) hace mención que durante el 2022 hubo una incidencia en México con reporte de 27,640 por cada 100 mil personas en la población de 20 años o más, aproximadamente 23,790 y el total de

muerres por tumores malignos fue de 87,880 del cual el 9.0% fue por cáncer de mama.

La tasa representativa por entidad federativa se representa como: las más altas son Ciudad de México (29.42), Nuevo León (24.72) y Chihuahua (24.00), y con reporte más bajo fueron Guerrero (11.02), Tlaxcala (10.95) y Chiapas (10.27); Hidalgo, por su parte, se encuentra por debajo de la media (13.62) [6].

En un estudio realizado en México, entre el 2005 al 2014, sobre los tipos de cáncer de mama (apoyado por el Instituto de enfermedades de la mama y la fundación contra el cáncer de mama) refiere que el 7.8% correspondieron a tumores de origen lobular y el 4.2% de origen mixto. De los cuales, el 41.2% mostraron invasión linfovascular [7].

### Factores de riesgo

Los cuales se han ido identificado conforme al aumento de reportes que se tienen de diagnóstico de cáncer de mama en México (tabla 1), se describen los siguientes: [8].

**Tabla 1.** Factores de riesgo asociado con el cáncer de mama en mujeres mexicanas

<b>Etnia</b>	El riesgo de presentar cáncer de mama aumenta en mujeres con 51-100% de ascendencia europea.
<b>Antecedentes Familiares</b>	El 10.9% de las hispanas que presentaron la enfermedad tenían antecedentes familiares de cáncer de mama.
<b>Antecedentes Personales</b>	Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama tienen una doble disponibilidad de volver a desarrollarlo.
<b>Antecedentes Ginecológicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La nuliparidad es un factor para la aparición de enfermedades mamarias.</li> <li>2. Las terapias hormonales como anticonceptivos es un factor que se relaciona con esta neoplasia.</li> <li>3. La menarquia temprana (antes de los 12 años) aumenta la posibilidad de tener cáncer de mama.</li> </ol>
<b>Presencia de Mutaciones Genéticas</b>	En México se reportó que el 15% de las mujeres con cáncer de mama presentan mutaciones de BRCA1/2.
<b>Edad</b>	El rango de edad donde se aparece con más frecuencia el cáncer de mama en nuestro país es de 50 a 59 años.
<b>Estilo de Vida</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sobrepeso y obesidad.</li> <li>2. Dieta (el consumo alto de carbohidratos simples).</li> <li>3. Alcohol y tabaco.</li> </ol>

Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. Gac Méx Oncol. [8].

Posterior al diagnóstico, incrementa la probabilidad de desarrollar ansiedad, depresión y principalmente incertidumbre; causando aislamiento y en ocasiones desinterés por la vida, así mismo, con el tiempo se desarrolla un estado de adaptabilidad, aprendiendo a vivir con la enfermedad a modo de comenzar a crear interés en participar en el cuidado de su salud, comprendiendo los cambios fisiológicos y físicos de la enfermedad, estos hechos hacen que la paciente y la familia se preparen para enfrentar el desarrollo natural de la enfermedad [9].

### Efectos secundarios

En una revisión bibliográfica de los efectos adversos (tabla 2) se experimentan cambios físicos, psicológicos y psicosociales que llegan afectar su calidad de vida, se describen los siguientes: [10].

**Tabla 2. Efectos secundarios del cáncer de mama**

<b>Fatiga</b>	Es el efecto secundario más común, puede alcanzar una incidencia del 50% y puede persistir hasta un periodo de 5 años después de finalizar el tratamiento de quimioterapia.
<b>Insomnio</b>	Este puede presentarse durante y después del tratamiento, es consecuencia de un proceso de ansiedad y la alteración del ritmo circadiano, puede aumentar el deterioro cognitivo y su alteración metabólica.
<b>Neuropatía Periférica</b>	Se da por una afección axonal sensorial a consecuencia de los fármacos utilizados en quimioterapia. Pueden presentar parestesias, dolor, debilidad muscular y también puede ocurrir disfunción motora, presentando disminución del reflejo tendinoso, atrofia, temblor y calambres.
<b>Deterioro Cognitivo</b>	Conocido como quimio cerebro. Puede afectar del 17 a 75% de las sobrevivientes de cáncer de mama.
<b>La Privación de Estrógenos</b>	Por lo regular se presentan síntomas vasomotores, dolor musculoesquelético, disfunciones sexuales y privación del sueño. También presenta una alteración en la reabsorción y formación ósea.
<b>Cardiotoxicidad</b>	Se presentan principalmente por consecuencia de los medicamentos de la quimioterapia, presentando disfunción cardíaca, isquemia, trastornos vasculares, daño endotelial y arritmias.
<b>Otras Neoplasias</b>	A consecuencia de medicamentos de quimioterapia puede presentarse la leucemia mieloide aguda (LMA), también se relacionan con cáncer de pulmón, gastrointestinal, de vejiga y sarcoma.

Chemotherapy in patients with early breast cancer: clinical overview and management of long-term side effects. Expert Opin Drug Saf[10].

Otros efectos secundarios y complicaciones tardías, que se pueden presentar a consecuencia del tratamiento quirúrgico (mastectomía), es el linfedema, el cual es un dolor que se puede presentar a nivel del hombro, parte anterior de la axila, con características de tipo neuropático, urente; el nivel de la percepción del dolor depende de factores como la edad, el peso corporal en relación con la altura y la sensibilidad al dolor de cada individuo [11-13]. A consecuencia de este síntoma, se reduce la movilidad del miembro torácico postoperado, presentándose con una incidencia del 30 al 50% [14]. Esto puede ocasionar sensación de discapacidad, no solo física, sino también mental, percibiendo una distorsión de su imagen corporal, generando cambios en su autopercepción, afectando su autoestima y por ende influyendo en la relación con los miembros de la familia, principalmente con su cónyuge [15, 16]. Al presentar grandes retos y afecciones tanto físicas, psicológicas y sociales, que en conjunto afectan directamente su calidad de vida.

### **Calidad de vida**

A través del tiempo se ha relacionado la calidad de vida con otros sinónimos o equivalentes, por ejemplo, bienestar, estabilidad económica, necesidades generales, nivel de vida, felicidad y satisfacción [17].

La Organización Mundial de la Salud en el 2020 determina a la calidad de vida como un estado de bienestar total en aspectos físicos, mentales y sociales de una persona, y no simplemente la falta de síntomas o de una enfermedad específica [18] se puede entender que es un bienestar integral que incluye metas y valoraciones subjetivas del bienestar físico, material, social y emocional, además del nivel de crecimiento y desarrollo personal [19].

Dicho de otra manera, es la forma en que una persona percibe sus propias metas, criterios, expectativas e inquietudes, incluyendo la salud física, psicológica, creencias personales, interacción social y la relación con el entorno [20]. Basándonos en la percepción o estado subjetivo que se tiene en los aspectos físicos, emocionales y sociales.

## **Calidad de vida relacionada con la salud**

La evaluación de la calidad de vida en relación con la salud es esencial para, conocer el impacto que se presentan en las enfermedades y la eficacia de los tratamientos y/o de prevención. Esta percepción que es otorgada del paciente que se basa en la afectación de sus capacidades físicas, mentales y sociales, ayudan a los profesionales de la salud a tener un enfoque del manejo de la enfermedad. Propone que muy independiente de los resultados de la medición, se realicen e incorporen medidas en la calidad de vida, para tener una observación más completa de la patología [21].

Es un indicador importante en las evaluaciones económicas de salud basadas en modelos, ya que los resultados costo-efectividad se miden comúnmente en gasto por cada año de vida ajustado según su calidad. Estos consideran tanto cómo los tratamientos afectan la duración de la vida como su calidad. [22]. Por lo cual, se ha convertido en un indicador importante para evaluar los síntomas de las pacientes y su satisfacción en general con la vida. Por lo tanto, su medición es esencial para comprender completamente la satisfacción con la existencia de las pacientes que han sido diagnosticadas [23].

## **Calidad de vida y cáncer de mama**

La calidad de vida está condicionada por la manera en que la mujer con diagnóstico de cáncer de mama detecta cómo afectan tanto los síntomas propios de la enfermedad como los efectos secundarios de los tratamientos en su bienestar y calidad de vida, ya que, por ser un padecimiento altamente estresante, generando sentimientos y emociones negativas, principalmente incertidumbre, los cuales se van presentado desde el diagnóstico, el proceso, el tratamiento y la supervivencia. Esto conlleva a un deterioro a su calidad de vida [24].

Hay factores sociodemográficos que pueden afectar después del diagnóstico de cáncer de mama como: edad, estado civil, tener hijos y situación laboral [25]. Teniendo mayor riesgo de desarrollar ansiedad, depresión, miedo a recaer y

disfunción sexual, causando una mayor afectación física y psicológica relacionado a necesidades insatisfechas; necesitando mayor atención y apoyo en sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales [26, 27]. En la mayoría de las mujeres que completan su proceso (cirugía, radio o, quimioterapia, terapia endocrina y terapia dirigida o mixta), presentan efectos adversos principalmente la fatiga, ansiedad, depresión, aumento de peso, alopecia y dolor relacionado con la pérdida de la capacidad funcional, experimentando una significativa afectación en su calidad de vida [28].

Respecto a México, con las investigaciones realizadas sobre la calidad de vida vinculada con la salud, se revelaron aspectos como el nivel educativo de la paciente, el apoyo del cónyuge, la situación laboral, la estabilidad financiera y el estadio de la enfermedad influyen en la calidad de la supervivencia [29].

### **Instrumento de medición de calidad de vida FACT-B**

Por lo que se refiere a los instrumentos determinados como el FACT-B (Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer de Mama) y el QLQ-BR23, se diseñaron para ser usados en pacientes que padecen cáncer de mama en diferentes tratamientos. De igual forma ser bien desarrollados, han sido ampliamente probados entre pacientes que padecen cáncer de mama. El FACT-B a diferencia del QLQ-BR23 es más corto [30]. El FACT-B es un instrumento que fue desarrollado por Brady en 1997, en el cual adicionó la escala de cáncer de mama, convirtiéndose en la primera evaluación de la terapéutica del cáncer de mama a fin de evaluar la calidad de vida en estas pacientes; el cual consta de 5 dimensiones: bienestar funcional (FWB), bienestar social (SWB), bienestar emocional (EWB), bienestar físico (PWB) y preocupación adicional (BA); con un total de 37 ítems, se ha utilizado en estudios clínicos en todo el mundo [31]. Como el FACT-B no tiene puntos de corte estándar, se define un criterio fundamentado desde la distribución de las puntuaciones sobre la muestra local, para determinar así, la calidad de vida alta, media y baja; por consiguiente, cuanto más altas son las puntuaciones, el bienestar y la calidad de vida aumentan [32].

Con relación a un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde se validó el FACT-B, se llegó a la conclusión que es un instrumento confiable y sensible a los cambios, permitiendo medir el bienestar y la vivencia de las mujeres mexicanas que padecen cáncer de mama [33].

Un estudio realizado donde se utilizó el FACT- B, menciona que la edad, la menopausia, las complicaciones postoperatorias, la terapia hormonal, el estadio tumoral y el tiempo de reconstrucción son los principales factores que afectan las puntuaciones de la calidad de vida de las pacientes [34].

En un estudio realizado por Agbeko donde evaluó la calidad de vida a 56 mujeres con cáncer de mama, mediante el FACT-B antes y 3 meses después de haber recibido tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonas o terapia dirigida); obteniendo los siguientes resultados; la edad promedio fue de 51.7 años, solo 27 (48%) de ellos recibieron algún tratamiento sistémico durante el período de estudio; la puntuación central de las evaluaciones iniciales de la calidad de vida en las áreas relacionadas con el bienestar fue física (PWB) = 17.5, social/familiar (SWB) = 16.0, emocional (EWB) = 12.0, funcional (FWB) = 8.0, subescala de cáncer de mama (BCS) = 22.0. La mediana de los puntajes totales de la calidad de vida fue FACT-B 0 =77.5 [35].

Por lo cual, la calidad de vida asociada con la salud de las sobrevivientes de cáncer de mama en la población joven, se alinea con las normas de la población y se mantiene estable durante el primer año de tratamiento; los elementos vinculados tanto con la persona que recibe el cuidado como con el proceso de tratamiento tuvieron un impacto limitado en el cambio en la calidad de vida relacionada con la salud a lo largo del primer año de tratamiento [36].

La calidad de vida está influenciada por los efectos colaterales que impactan negativamente sobre el bienestar, de igual forma, el dolor es una complicación que tiene un impacto significativo en cómo se percibe una mala calidad de vida [37].

## JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual hay un crecimiento celular de manera descontrolada, hasta poder llegar a formar tumores, ocasionando diseminación a otros órganos y ser letal; es una de las enfermedades malignas más frecuentes en mujeres a nivel mundial y representa una carga significativa tanto para las pacientes como para sus familias y comunidades; además, del impacto físico directo de la enfermedad y su tratamiento, desarrollando repercusiones importantes en los aspectos emocionales, sociales y psicológicos.

La calidad de vida es un bienestar general que comprende descriptores, objetivos y evaluaciones subjetivas del bienestar físico, material, social y emocional, junto con un grado de desarrollo personal y actividad con propósito, reconocido como un componente crucial en la atención integral de pacientes con cáncer de mama, ya que no solo refleja el estado físico de las pacientes, sino también su capacidad para llevar una vida plena y satisfactoria. Por lo que es necesario conocer la calidad de vida de estas pacientes para tener una percepción más amplia de su bienestar, además de proporcionar una atención integral, con información valiosa sobre sus necesidades y preocupaciones enfocadas a la atención primaria, lo que permitió conocer los grupos de apoyo para de esta forma mejorar e identificar áreas de intervención prioritarias y diseñar estrategias de atención centradas en mejorar su calidad de vida y su bienestar integral.

Además, al realizar este estudio en la UMF No. 32 permite tener una mejor perspectiva sobre prevención y sobre todo en el abordaje de intervención en áreas para mejorar su calidad de vida en el primer nivel de atención, de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, por lo que el presente estudio buscó abordar esta brecha en la investigación y contribuir al seguimiento y apoyo continuo a las pacientes a lo largo de su proceso de tratamiento y recuperación para favorecer una mejoría en su calidad de vida.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el 2020 en todo el mundo se notificaron 19.3 millones de casos de cáncer y de estos el 11.7% fue por cáncer de mama, en este mismo año el 6.9% de las muertes en el mundo se debieron al cáncer de mama. En registros del 2023 el cáncer de mama destaca como primer lugar de incidencia en una tasa ajustada para la edad que conlleva de 47.8 por cada 100,000 habitantes, así como, el primer lugar en mortalidad en mujeres por cáncer en una tasa ajustada para la edad de 13.6 por cada 100,000 habitantes. En México, con la incidencia del primer lugar en cáncer en la mujer con una tasa ajustada para la edad de 40.5 por cada 100,000 habitantes, así como, las cifras anteriores con un primer lugar de mortalidad con una tasa ajustada para la edad de 13.1 por cada 100,000 habitantes. La enfermedad y su tratamiento no solo afectan la salud física de las pacientes, sino más bien su bienestar en general; en este contexto, la calidad de vida se ha establecido como un componente fundamental para evaluar el impacto global del cáncer de mama y para obtener una atención integral a las pacientes. Muchas de ellas enfrentan complicaciones tardías y efectos adversos los cuales pueden afectar su bienestar físico, emocional, social y funcional. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, aún existen brechas en la comprensión de cómo el cáncer de mama afecta la calidad de vida de las pacientes en el contexto local. Esta situación evidencia la necesidad de profundizar en el estudio de estos aspectos para mejorar la atención y el apoyo que reciben las mujeres afectadas en nuestra comunidad.

Por lo anterior, surgió la siguiente pregunta de investigación:

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Identificar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32.

### **Objetivos específicos**

- Identificar el bienestar funcional de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32.
- Reconocer el bienestar social de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32.
- Distinguir el bienestar emocional de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32.
- Identificar el bienestar físico de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32.
- Determinar la preocupación adicional de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32.
- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32.

## **HIPÓTESIS**

Al ser un estudio descriptivo, no se requiere de hipótesis, pero para aplicaciones académicas se proponen las siguientes:

### **Hipótesis H1**

La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en la UMF No. 32 es la media reportada de la población de 77 puntos.

## **Hipótesis H0**

La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en la UMF No. 32 es menor a la media reportada de la población de 77 puntos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **1. Lugar de trabajo**

Unidad de Medicina Familiar No. 32, ubicada en Boulevard Luis Donald Colosio 201, esquina Jaime Torres Bodet. Fraccionamiento Rincón del Valle. CP. 42080, Pachuca, Hidalgo.

### **2. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio de tipo:

- De acuerdo al número de mediciones que se realizó en cada sujeto de estudio fue de tipo transversal.
- De acuerdo a la temporalidad fue prolectivo.
- De acuerdo a las características medibles de la población fue descriptivo.

### **3. Tiempo del estudio**

Se realizó en un periodo de 2 años 6 meses, del 2023 a junio 2025.

### **4. Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

1. Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, mayores de 20 años, adscritas en la UMF No. 32.
2. Pacientes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes que en el momento de la entrevista presenten comorbilidades crónico-degenerativas que afecten su calidad de vida.
2. Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se encuentren embarazadas.

### **Criterios de eliminación**

1. Cuestionarios con registros incompletos o no legibles.
2. Pacientes que acepten participar, firmen el consentimiento informado y deseen abandonar el estudio.

### **5. Tipo de muestreo**

No probabilístico, por conveniencia en base de datos o paneles.

### **6. Población y muestra**

- a. El universo son las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama adscritas en la UMF No. 32.
- b. La población fueron todas aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de selección.
- c. La muestra fue calculada para fines académicos con la fórmula de poblaciones finitas.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

$n$  = Tamaño de la muestra.

$N$  = Tamaño de la población = 113.

$Z$  = Valor obtenido de la distribución normal para un nivel de confianza del 95% = 1.96.

$d$  (e) = Error de estimación máximo aceptado = 5%.

$p$  = Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia = 50% (0.5).

$q$  = Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio = (0.5).

Teniendo como resultado según la fórmula 87.49 redondeando a 87, aunque para evitar un sesgo de recolección se aumentó el 10% por lo cual quedaron 96 pacientes. A nuestro estudio le favorece tomar el total de la población, para mejorar la factibilidad del estudio.

## **7. Recursos materiales y humanos**

### **a) Recursos materiales**

Los utilizados en esta investigación fueron cubiertos y adquiridos por la tesista.

- Hojas, bolígrafos, lápices y folders.
- Impresora, laptop, software e internet.

### **b) Recursos humanos**

- **Investigador responsable:** Médico Especialista en Medicina Familiar con el cargo de Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud con experiencia en investigación.
- **Investigador asociado:** Licenciado en Acupuntura Médica y Rehabilitación Integral con experiencia en investigación.

- **Tesista:** Médico Residente de Medicina Familiar.

## 8. Cuadro de variables

- **Variable independiente:** Cáncer de mama
- **Variable dependiente:** Calidad de vida

### a) Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>EDAD</b>	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Es la edad en años cumplidos del paciente al momento de la investigación.	Cuantitativa discreta.	Años cumplidos.
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad u oficio que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica.	Actividad laboral u oficio del paciente en el momento de la entrevista.	Cualitativa nominal.	1. Hogar. 2. Estudiante. 3. Empleado. 4. Desempleado. 5. Profesionista. 6. Comercio. 7. Jubilado /Pensionado.
<b>ESTADO CIVIL</b>	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de matrimonio o de parentesco, que establece ciertos derechos y obligaciones.	Situación civil del participante al momento de su participación.	Cualitativa nominal.	1. Soltero. 2. Casado. 3. Unión libre. 4. Viudo. 5. Divorciado.

b) Variable principal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA TEST FACT-B</b>	Cuestionario de calidad de vida que incluye 5 dimensiones (bienestar funcional (BF), bienestar social/familiar (BSF), bienestar emocional (BE), bienestar físico (BF) y bienestar adicional de cáncer de mama (BA).	Instrumento de evaluación de la calidad de vida, aplicable para las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, tipo Likert que se compone de 37 preguntas divididas en 5 dimensiones que varían desde 0 (nada) a 4 (demasiado). Se suman el resultado de los ítems, realizando una serie de pasos para obtener la calificación de la subescala y se suman al final. El valor es de 0 a 144, entre más sea el puntaje mejor es la calidad de vida.	Cuantitativa discreta.	0 al 148 bienestar funcional (BF) 7 ítems, bienestar social/familiar (BSF), 7 ítems bienestar emocional (BE), 6 ítems, bienestar físico (BF) 7 ítems y bienestar adicional de cáncer de mama (BA). 10 ítems.
<b>BIENESTAR FUNCIONAL (BF)</b>	Subescala del instrumento Fact-B que mide el bienestar funcional.	Nivel de bienestar social de la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa discreta.	7 ítems. Puntaje 0-28 puntos.
<b>BIENESTAR SOCIAL / FAMILIAR (BSF)</b>	Subescala del instrumento Fact-B que mide el bienestar social.	Nivel de bienestar social de la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa discreta.	7 ítems. Puntaje 0-28 puntos.
<b>BIENESTAR EMOCIONAL (BE)</b>	Subescala del instrumento Fact-B que mide el bienestar emocional.	Nivel de bienestar social de la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa discreta.	6 ítems. Puntaje 0-24 puntos.
<b>BIENESTAR FÍSICO (BF)</b>	Subescala del instrumento Fact-B que mide el bienestar físico.	Nivel de bienestar social de la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa discreta.	7 ítems. Puntaje 0-28 puntos.
<b>BIENESTAR ADICIONAL DE CÁNCER DE MAMA (BA)</b>	Subescala del instrumento Fact-B que mide el bienestar adicional.	Nivel de bienestar social de la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa discreta.	10 ítems. Puntaje 0-40 puntos.

## **9. Descripción general del estudio**

Con la previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y el Comité de Ética en Investigación, se acudió al servicio de trabajo social en la UMF No. 32 y se solicitó el apoyo en la realización de la investigación, durante la cita que tuvieron las pacientes de manera mensual, fueron capturadas en la sala de espera de la unidad, en donde se les realizó la invitación de manera verbal a todas aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión, explicándoles el proceso de la investigación, donde se les invitó a participar, otorgándoles el consentimiento informado y en seguida el test FACT-B para valorar la calidad de vida. En este proceso se buscó que la paciente se sintiera cómoda, en un área donde no tuviera distracciones, ni presiones, se respondieron sus dudas sobre la investigación, aplicando los criterios de eliminación a cada encuesta. Una vez obtenidos los datos requeridos y registrados fueron añadidos a una base de datos en Excel para llevar a cabo el análisis estadístico y posteriormente por medio del programa JAMOVI se realizó el análisis descriptivo a través de medidas de tendencia central para variables cuantitativas, razones y proporciones para variables cualitativas.

En todo momento se respetó la confidencialidad y la privacidad, de la información. Cuidando en evitar sesgos de selección, información y estadística.

## **10. Análisis estadístico**

Una vez que se obtuvieron los datos requeridos y registrados fueron vaciados en una base de Excel para llevar a cabo una base de datos y posteriormente por medio del programa estadístico JAMOVI, se obtuvo la estadística descriptiva: medidas de tendencia central (media, mediana, moda), de dispersión (varianza y desviación estándar) para variables cuantitativas y para variables cualitativas de frecuencia y porcentaje. Se realizó análisis bivariado.

## **ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

La investigación propuesta con título “Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32” en base según a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas de acuerdo con la última actualización en Brasil 2013, a los principios de Belmont y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

### **Declaración de Helsinki**

A) Esta investigación cumple los principios básicos de los códigos de Helsinki, tanto de protección y éticos a los seres humanos en la atención médica, cuidado al ser humano, al medio ambiente y la participación en investigación en seres humanos.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

B) En este estudio se valorará el riesgo – beneficio que implica toda investigación en seres humanos. Buscando siempre el mayor beneficio posible al participante. Se aplicarán medidas de calidad, de atención y de participación.

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

C) Aunque nuestra población no se encuentra catalogada como grupo vulnerable, se tendrán los cuidados necesarios para no herir susceptibilidades o provocar una alteración física o emocional.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

D) Nuestra investigación está basada en las evidencias científicas y metodológicas, puestas en el marco teórico, además de contar con profesionales de la salud capacitados para el proceso de investigación y atención médica.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como, en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la

investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

E) Todo estudio debe ser valorado, supervisado, corregido ante el Comité de Ética en Investigación en Salud local.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

F) Dentro de este estudio se tomará datos personales, por lo cual se resguardarán por medio de un cifrado en una laptop, donde solamente el tesista y el investigador principal podrán tener acceso. Además, se cuidará la privacidad y confidencialidad de cada una de las participantes.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

G) En toda investigación que se tenga que interactuar con el paciente, debe de considerarse el consentimiento informado. Con las respectivas tareas para poder conseguirlo: explicar en una forma clara y adecuada al paciente, exponerle los

riesgos y beneficios sin llegar a coerción, en seguida presentar por escrito lo explicado y preguntar si lo ha entendido, en el momento que quede sin alguna duda, se le invitará a firmar. Teniendo en cuenta que este podrá abandonar el estudio cuando lo solicite.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación

así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

### **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**

La investigación que se propone se apega a las acciones mencionadas en el Art.3

Art. 14:

VI. Se realiza este protocolo por un profesional de la salud egresado como médico cirujano, y supervisado por médicos especialistas con conocimiento y experiencia anteponiendo el cuidado de la integridad humana, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud.

VII. El protocolo propuesto quedará bajo el dictamen de los Comités de investigación, de Ética en Investigación y Bioseguridad.

VIII. Se realizará dicha propuesta cuando se tenga la autorización del titular de la institución de salud.

IX. La investigación se suspenderá en caso de sobrevenir riesgos graves.

X. En caso de que sufra algún daño, la atención será responsabilidad de la institución de atención a la salud.

### **Valor científico población**

De acuerdo con esta investigación se pretende conocer la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama que se encuentran en el censo de población con esta patología.

## **Privacidad**

Con base al artículo 16 de del Reglamento de la Ley General de Salud en esta investigación se protegió la privacidad de los individuos sujetos a investigación, identificando solo los resultados que se requieran.

Por lo cual la presente investigación y de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 17 Fracción II, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud sobre valoración de riesgo se consideró como:

### **Investigación con riesgo mínimo.**

#### **Consentimiento Informado**

De acuerdo con el Art. 21 del reglamento de la Ley General de Salud en referencia de investigación para la salud, menciona que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o representante legal deberá recibir una explicación clara y precisa, de tal forma que pueda comprenderla, cumpliendo con los siguientes puntos:

La justificación y los objetivos de la investigación.

III. Las molestias o los riesgos esperados.

IV. Los beneficios que puedan obtenerse.

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

VIII. La seguridad de que no se identificará al personal y que se mantendrá la confidencialidad de la información en beneficio a su privacidad.

Con fundamento en el Art. 22 del reglamento de la Ley General de Salud en investigación para la salud, el consentimiento informado deberá hacerse por escrito y deberá reunir ciertos requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo con la norma técnica que emita la secretaría.

II.- Será revisado y aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

II. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no cuenta con firma, se colocará tinta para su huella digital.

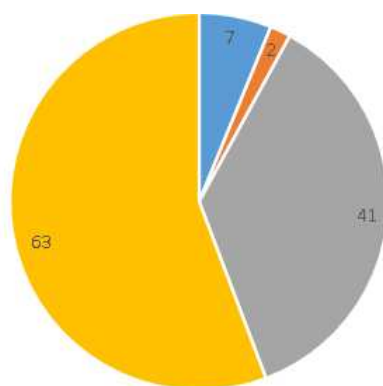
## **RESULTADOS**

La población de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en el año 2023, fue de 113 pacientes, de las cuales, 59 pacientes corresponden al turno matutino y 45 pacientes al turno vespertino. Del total, 7 pacientes tuvieron un registro erróneo, 2 pacientes fallecieron y 41 pacientes decidieron no participar en el estudio. Quedando con una muestra de 63 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Tabla 1 y gráfico 1. Las características basales de la población que participó en la investigación se observan en la tabla 2. Fueron 63 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama las que participaron respondiendo el instrumento. Como el FACT-B no tiene puntos de corte estándar, se estableció un criterio propio basado en la distribución de las puntuaciones en la muestra local, por consiguiente, el mayor puntaje del instrumento obtenido fue de 116 puntos y el menor puntaje del instrumento obtenido fue de 50 puntos; por tanto, la media fue de 75, la desviación estándar de 13.6, restando una desviación estándar de la media obteniendo como límite inferior 62, límite superior 88.6, por ende, la calidad de vida fue baja < 62 puntos, la calidad de vida fue media 62 - 88.6 puntos y la calidad de vida fue alta >88.6 puntos.

<b>Tabla 1. Población estudiada</b>	
Población	113
Mal registro	7
Fallecieron	2
No aceptaron participar	41
Muestra	63

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

**Gráfico 1. Población estudiada**



■ MAL REGISTRO ■ FALLECIMIENTO ■ NO ACEPTARON PARTICIPAR ■ MUESTRA

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

<b>Tabla 2. Características basales de la población</b>	
Variables	n= 63
Edad (años) <sup>a</sup>	62.87 (10.9+-)
Ocupación <sup>b</sup>	Hogar 43 (68.3)
Estado civil <sup>b</sup>	Casada 34 (54)
<b>FACT-B</b>	
Dimensión bienestar físico <sup>c</sup>	5 (2, 11.5)
Dimensión bienestar social/familiar <sup>a</sup>	18.4 (5.3+-)
Dimensión bienestar emocional <sup>c</sup>	4(7.5 +-)
Dimensión bienestar funcional <sup>c</sup>	24 (20, 26.5)
Dimensión adicional de cáncer de mama <sup>a</sup>	18.1 (4.6+-)
<b>FACT-B</b>	74.9 (13.6 +-)

a se representa media y desviación estándar

b se representa en frecuencia y porcentaje

c se representa en mediana, percentil 25 y 75

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

<b>Tabla 3. Resultados y porcentajes del FACT-B</b>			
<b>Dimensión</b>	<b>Puntaje máximo posible</b>	<b>Puntaje promedio obtenido</b>	<b>Porcentaje del total (%)</b>
<b>Bienestar físico</b>	28	5.0	17.9%
<b>Bienestar social/familiar</b>	28	18.4	65.7%
<b>Bienestar emocional</b>	24	7.5	31.2%
<b>Bienestar funcional</b>	28	24	85.7%
<b>Bienestar adicional (cáncer de mama)</b>	40	18.1	45.2%
<b>Total, FACT-B</b>	148	74.9	50.6%

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

En la dimensión de bienestar físico la cual obtuvo un promedio obtenido de 5 puntos de 28 puntos posibles, representó un 17.9% del puntaje máximo, siendo la dimensión más afectada, en contraste con la dimensión bienestar funcional con un promedio obtenido de 24 puntos de 28 puntos posibles, la cual, represento un 85.7%, siendo la dimensión menos afectada. Tabla 3.

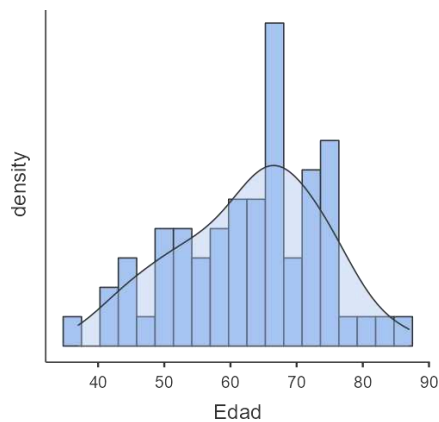
### **Variables sociodemográficas**

En cuanto a la variable sociodemográfica de la edad, en sus medidas de tendencia central se encontró que la media fue 62.8, la mediana de 65 y la moda de 66. En las medidas de dispersión la desviación estándar es de 10.99, la varianza de 120.9, el rango de 50 con una edad mínima de 37 y una máxima de 87, con una prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov de 0.0917 obteniendo una “p” de 0.665. Tabla 4 y gráfico 2. Las edades de las pacientes se dividieron en menores y mayores de 60 años; las pacientes de la tercera edad, fueron la mayoría con 41 participantes (65%), con una media en la edad de 70.7, una mediana de 70 y una moda de 66; las que fueron menores de 60 años son 22 participantes (35%) con una media en la edad de 49.69, una mediana de 50 y una moda de 55 años. Gráfico 3.

<b>Tabla 4. Estadística descriptiva de edad</b>	
Total	63
Media	62.8
Mediana	65.0
Moda	66
Desv. Estándar	10.99
Varianza	120.91
Rango	50
Mínimo	37
Máximo	87
Kolmogórov-Smirnov	0.0917
“p”	0.665

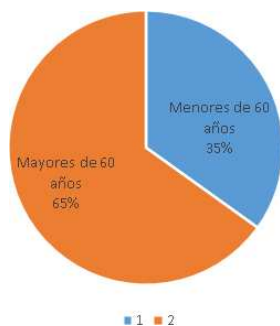
Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

**Gráfico 2. Histograma de edad**



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

**Gráfico 3. Distribución de la edad en pacientes con cáncer de mama**



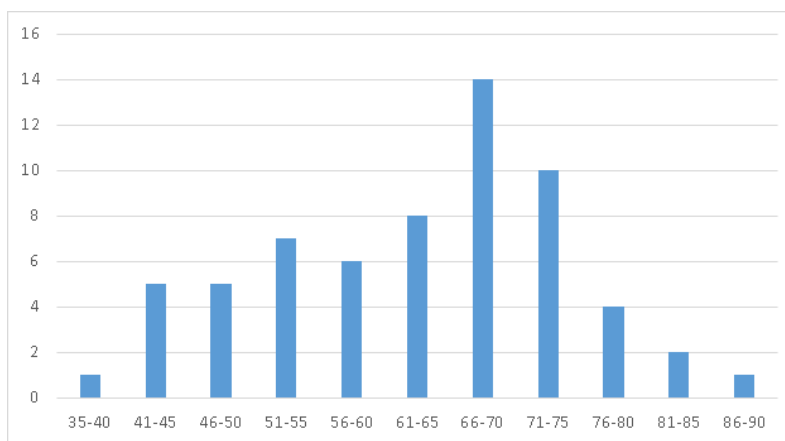
Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

La edad se dividió por rangos, donde se observó que la edad más afectada en las pacientes que participaron fue en el rango de 66-70 años, obteniendo el porcentaje más alto (22.2%) y donde se observó que la edad menos afectada en las pacientes que participaron fue en el rango de 35-40 años, obteniendo el porcentaje más bajo (1.6 %). Tabla 5 y gráfico 4.

<b>Rango</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
35-40	1	1.6
41-45	5	7.9
46-50	5	7.9
51-55	7	11.1
56-60	6	9.5
61-65	9	14.3
66-70	14	22.2
71-75	9	14.3
76-80	4	6.3
81-85	2	3.2
86-90	1	1.6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

**Gráfico 4. Rango de edad**



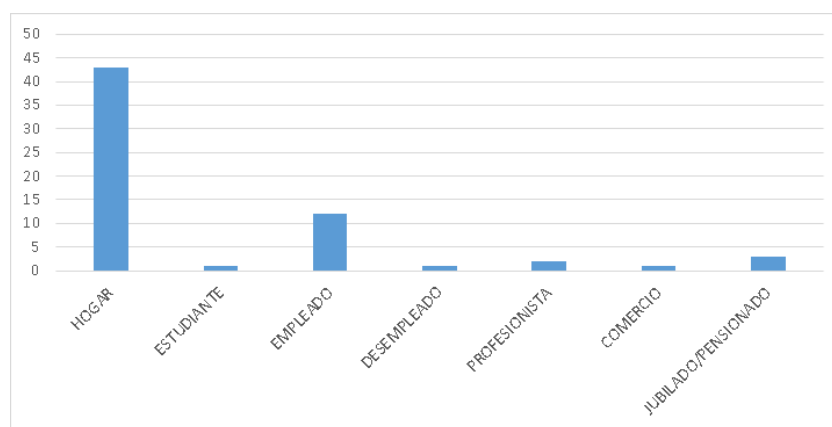
Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

En cuanto a la variable sociodemográfica de ocupación, se analizó que las mujeres con cáncer de mama que participaron se integraron de la siguiente manera: hogar con 43 pacientes (68.3%), estudiante con 1 paciente (1.6%), empleado con 12 pacientes (19%), desempleado con 1 paciente (1.6%), profesionista con 2 pacientes (3.2%), comercio con 1 paciente (1.6%) y jubilado/pensión con 3 pacientes (4.8%) encontrando que fue en la ocupación del hogar la más afectada y la ocupación menos afectada fue en estudiante, desempleado y comercio. Tabla 6 y gráfico 5.

<b>Tabl 6. Ocupación</b>		
<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hogar	43	68.3
Estudiante	1	1.6
Empleado	12	19.0
Desempleado	1	1.6
Profesionista	2	3.2
Comercio	1	1.6
Jubilado/pensionado	3	4.8
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

**Gráfico 5. Ocupación**



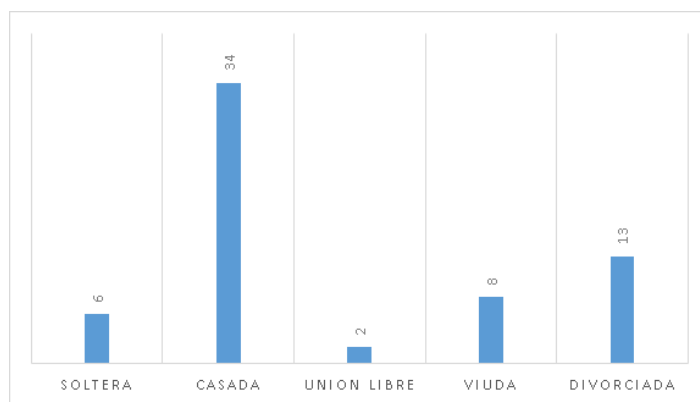
Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

En cuanto a la variable sociodemográfica de estado civil, se analizó que las mujeres con cáncer de mama que participaron se integraron de la siguiente manera: soltera con 6 pacientes (9.5%), casada con 34 pacientes (54%), unión libre con 2 pacientes (3.2%), viuda con 8 pacientes (12.7%), divorciada con 13 pacientes (20.6%) encontrando que fue en el estado civil de casada la más afectada y la menos afectada fue en el estado civil de unión libre. Tabla 7 y gráfico 6.

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	6	9.5
Casada	34	54.0
Unión libre	2	3.2
Viuda	8	12.7
Divorciada	13	20.6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

**Gráfico 6. Estado civil**



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

## Variables dimensiones del FACT-B

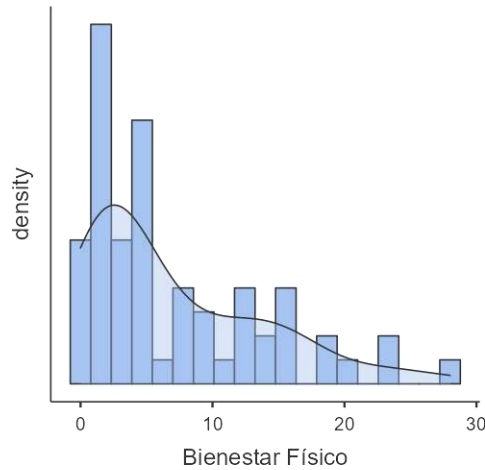
En la dimensión **Bienestar Físico** (7 ítems), se reportó un rango de respuesta mínimo de 0 y un máximo de 28. Teniendo como resultados una media 7.05, esto indicó que las participantes reportaron un nivel bajo de bienestar físico. Una mediana de 5 indicó que el 50% de los participantes tuvieron un resultado igual o menor de 5 y el otro 50% un puntaje mayor, cuando la mediana es menor que la media refleja un histograma asimétrico hacia la derecha con puntajes bajos. La moda es de 1 encontrándose en el extremo inferior. Una desviación estándar de 6.8 refiere que hubo diferencias entre los participantes desde niveles extremadamente bajos y otros altos. La varianza de 46.6 con una dispersión distribuida alrededor de la media que confirmó la heterogeneidad de las respuestas. Un rango de 0 a 28 representa la diversidad de las respuestas de los participantes. Se obtuvo un resultado de Kolmogórov-Smirnov de 0.227 y una “p” de 0.003, que se traduce en libre distribución.

Estos resultados sugieren que, aunque algunos participantes tuvieron un bienestar físico razonablemente bueno, una proporción significativa enfrentó desafíos que afectaron su bienestar físico. Tabla 8 y gráfico 7.

<b>Media</b>	7.05
<b>Mediana</b>	5
<b>Moda</b>	1
<b>Desv. Estándar</b>	6.8
<b>Varianza</b>	46.7
<b>Mínimo</b>	0
<b>Máximo</b>	28
<b>Kolmogórov-Smirnov</b>	0.227
<b>“p”</b>	0.003

*Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

**Gráfico 7.** Histograma de bienestar físico



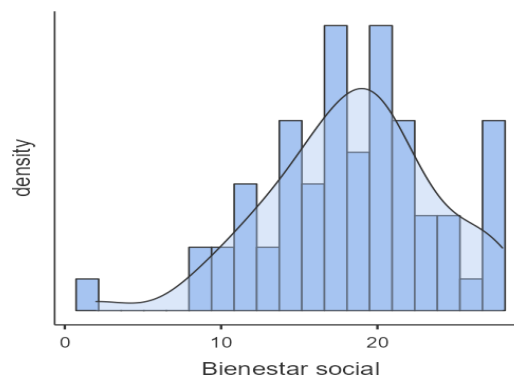
Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

En la dimensión **Bienestar Social/Familiar** (7 ítems), se reportó un rango de respuesta mínimo de 2 y un máximo de 28, donde la media es de 18.4, se observó un bienestar medio en esta dimensión. Una mediana de 19 refiere que el 50% tuvo una respuesta igual o menor de 19 y el otro 50% con mayor puntaje, este resultado que se encontró cerca de la media refiere que los resultados se encuentran distribuidos en forma simétrica. La moda es de 20, refiere que un número significativo de los participantes percibieron esta dimensión ligeramente superior al promedio. Desviación estándar de 5.3, aunque hay cierta variabilidad, la mayoría se encontró distribuida cercano de la media. Con una varianza de 28.1, presentó cierta variabilidad. Un rango de 26 que representó una gran variedad de percepciones de este bienestar. La prueba de Kolmogórov-Smirnov 0.0856, con una “p” de 0.745. Tabla 9 y gráfico 8.

<b>Tabla 9. Estadística descriptiva de la dimensión bienestar social/familiar</b>	
<b>Media</b>	18.4
<b>Mediana</b>	19.0
<b>Moda</b>	20
<b>Desv. E</b>	5.3
<b>Varianza</b>	28.14
<b>Rango</b>	26
<b>Mínimo</b>	2
<b>Máximo</b>	28
<b>Kolmogórov-Smirnov</b>	0.0865
<b>“p”</b>	0.745

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

**Gráfico 8. Histograma de bienestar social/familiar**



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

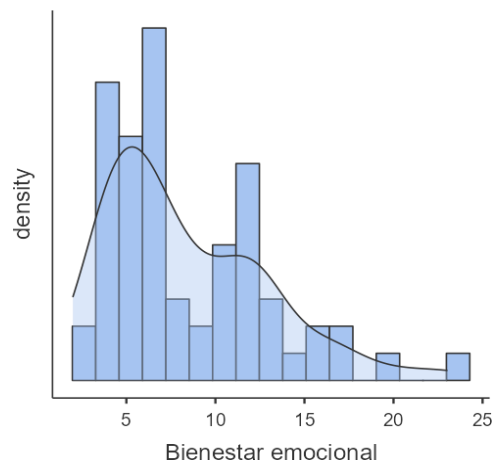
En la dimensión **Bienestar Emocional** (6 ítems), se encontró un rango de respuesta de 21, con un mínimo de 2 y un máximo de 23 lo que indicó una amplitud de respuestas de los participantes. Con una media de 8.41 se pudo considerar un nivel medio bajo de bienestar emocional. Una mediana de 7, que significó que el 50% tuvo un puntaje igual o menor de 7 y el otro 50% tuvo un puntaje mayor, por lo cual, si la mediana es menor a la media la distribución está sesgada a la derecha, con una mayor concentración de puntajes menores. La moda de 4, indicó que fue el

puntaje más frecuente, esto sugiere que tuvieron un nivel bajo de bienestar emocional. Con una desviación estándar de 4.51 con una variabilidad moderada, los puntajes se encontraron distribuidos en la media. Una varianza de 20.37, sugirió que los datos no se encontraron excesivamente dispersos. Kolmogórov-Smirnov 0.154, con una “p” de 0.100. Los pacientes con cáncer de mama con puntajes menores, representó afectación emocional a pesar del manejo actual. Tabla 10 y gráfico 9.

<b>Media</b>	8.41
<b>Mediana</b>	7.00
<b>Moda</b>	4
<b>Desv. Estándar</b>	4.514
<b>Varianza</b>	20.375
<b>Rango</b>	21
<b>Mínimo</b>	2
<b>Máximo</b>	23
<b>Kolmogórov-Smirnov</b>	0.154
<b>“p”</b>	0.100

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

**Gráfico 9.** Histograma de bienestar emocional



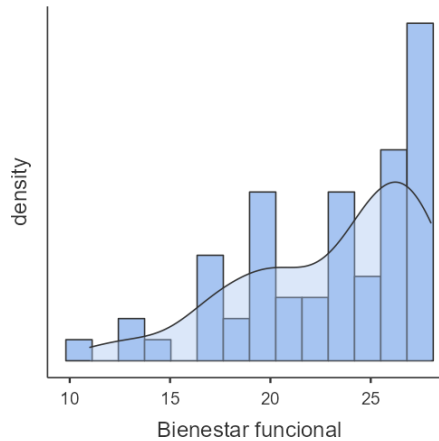
Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

En la dimensión **Bienestar Funcional** (7 ítems), se encontró un rango de respuesta de 17, con un mínimo de 11 y un máximo de 28 refiriendo una amplia variedad de respuestas. Una media de 23.08 tomando en cuenta el rango, refiere que en esta dimensión los participantes tuvieron un nivel relativamente alto de bienestar funcional. Una mediana de 24, que indicó que la mitad de los participantes tuvieron un puntaje igual o menor de 24 y la otra mitad con un puntaje mayor, esto indicó que la distribución fue muy simétrica con ligera inclinación a puntajes altos. Una moda de 26 y 28, refirió que la mayoría de las pacientes reportaron un nivel alto de bienestar funcional, ya que se encontraron muy cerca del rango máximo. Desviación estándar de 4.39, indicó una dispersión moderada. Con una varianza de 19.33 que mostró poca dispersión, con puntajes más dispersos de la media. Kolmogórov-Smirnov 0.176, con una “p” de 0.041. Tabla 11 y gráfica 10.

<b>Media</b>	23.08
<b>Mediana</b>	24.00
<b>Moda</b>	26 y 28
<b>Desv. Est.</b>	4.39
<b>Varianza</b>	19.33
<b>Rango</b>	17
<b>Mínimo</b>	11
<b>Máximo</b>	28
<b>Kolmogórov-Smirnov</b>	0.176
<b>“p”</b>	0.041

*Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

**Gráfico 10.** Histograma de bienestar funcional



*Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

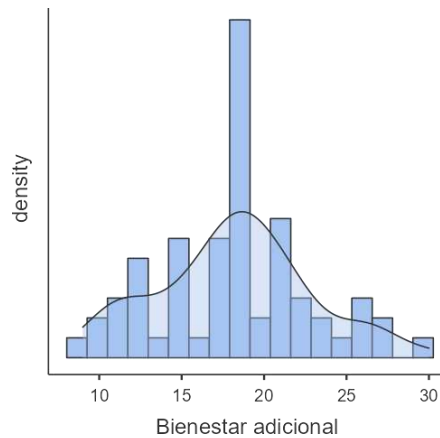
En la dimensión **Bienestar Adicional**, subescala de cáncer de mama (10 ítems), se obtuvo un rango de 21 con un mínimo de 9 y un máximo 30, esto demostró una amplitud de los puntajes. Una media de 18.1, lo que indicó que las pacientes presentaron un nivel medio a este bienestar. Una mediana de 18.3, que significó que el 50% de las participantes tuvieron un puntaje igual o menor a 18.3 y el otro 50% mayor, la cercanía entre estas dos medidas significó que la distribución fue bastante simétrica sin una desviación hacia algún lado. Una moda de 19, puntaje común y cercano a la media confirmó la simetría. Una desviación estándar de 4.6 indicó una variabilidad de puntajes y aunque la mayoría de los resultados se encontraron cercanos a la media, se pudo observar que hay diferencias individuales en las respuestas. Una varianza de 21.60 confirmó cierta dispersión en los puntajes. Con un Kolmogórov-Smirnov 0.869, con una “p” de 0.728. Tabla 12 y gráfico 11.

**Tabla 12.** Estadística descriptiva de la dimensión adicional de cáncer de mama

<b>Media</b>	18.1
<b>Mediana</b>	18.3
<b>Moda</b>	19
<b>Desv. Est.</b>	4.6
<b>Varianza</b>	21.60
<b>Asimetría</b>	0.14
<b>Curtosis</b>	-0.12
<b>Rango</b>	21
<b>Mínimo</b>	9
<b>Máximo</b>	30
<b>Kolmogórov-Smirnov</b>	0-869
<b>“p”</b>	0.728

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

**Gráfico 11.** Histograma de bienestar adicional de cáncer de mama



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

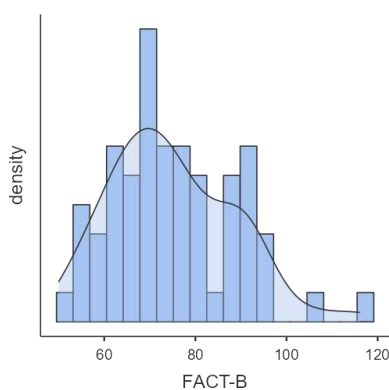
En el total de todo el instrumento FACT-B, contando las 5 dimensiones (37 ítems) con un total de 63 participantes y una puntuación mínima de 0 y máxima de 148, en las respuestas de las participantes se obtuvo un rango de 66 con un mínimo de 50 y un máximo de 116, por lo cual, ningún participante llegó al puntaje máximo. Se obtuvo una media de 74.97, en promedio las mujeres tuvieron una calidad de vida que se encontró a la mitad del rango posible, más, si tomamos en cuenta la puntuación máxima que se obtuvo de 116, se obtuvo una inclinación positiva. Con

una mediana de 73, el 50% de las participantes obtuvieron un puntaje de 73 o menos y la otra mitad mayor, tomando en cuenta que esta puntuación se encontró cercana a la mediana, se deduce que la distribución fue relativamente simétrica, aunque con ligera tendencia hacia los puntajes menores. Una moda de 65 y 77, lo que sugirió que un grupo de la población tuvo una calidad de vida alta y otra baja. La desviación estándar de 13.6 indico que, aunque hubo una distribución cercana de la media, se presentó una ligera dispersión, con diferentes niveles de calidad de vida. Una varianza de 184.9 reforzó que hubo ligera dispersión en las respuestas. Se encontró una con un Kolmogórov-Smirnov 0.0647, con una “p” de 0.955. Tabla 13 y gráfico 12.

<b>Participantes</b>	N:63
<b>Media</b>	74.9
<b>Mediana</b>	73.0
<b>Moda</b>	65 y 77
<b>Desv. Estándar</b>	13.6
<b>Varianza</b>	184.9
<b>Rango</b>	66
<b>Mínimo</b>	50
<b>Máximo</b>	116
<b>Kolmogórov-Smirnov</b>	0.0647
<b>“p”</b>	0.955

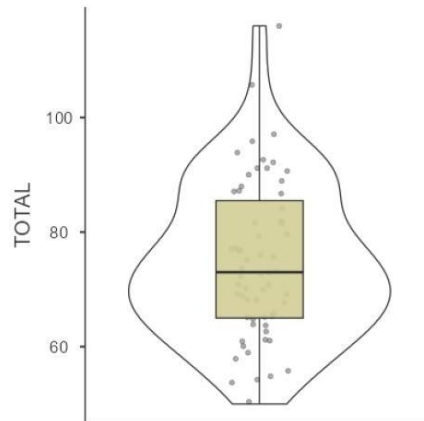
Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

**Gráfico 12.** Histograma de FACT-B



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

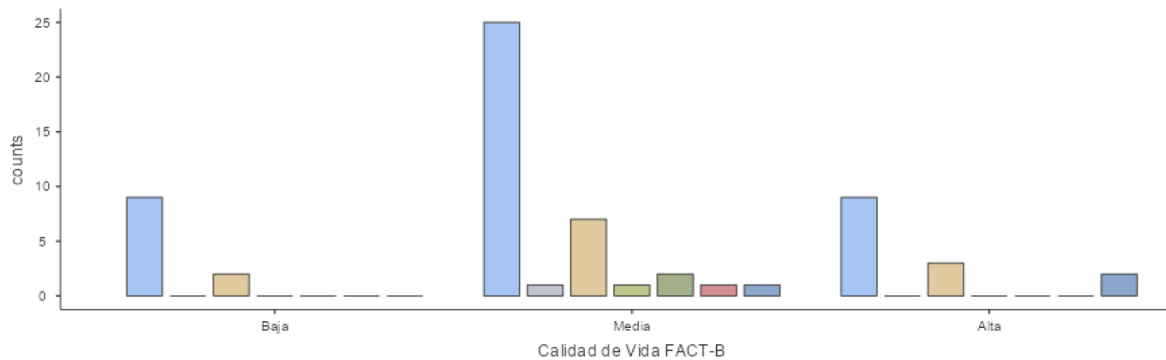
**Gráfico 13.** Puntuación total calidad de vida FACT-B



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

Se analizaron los puntajes totales de calidad de vida en la muestra de 63 participantes. La media fue de 75.0 puntos, la mediana de 73.0 y la desviación estándar de 13.6, con un rango que va de 50 a 116 puntos. El gráfico de violín con caja muestra que la mayoría de los valores se concentran entre 68.0 y 79.3, correspondientes al rango intercuartílico. La forma de la distribución sugiere una ligera asimetría hacia la derecha, aunque sin presencia de valores extremos. Estos resultados indican que, en general, los participantes reportan una calidad de vida media a media-alta, con una concentración importante de casos en el rango intermedio-superior de la escala gráfico 13.

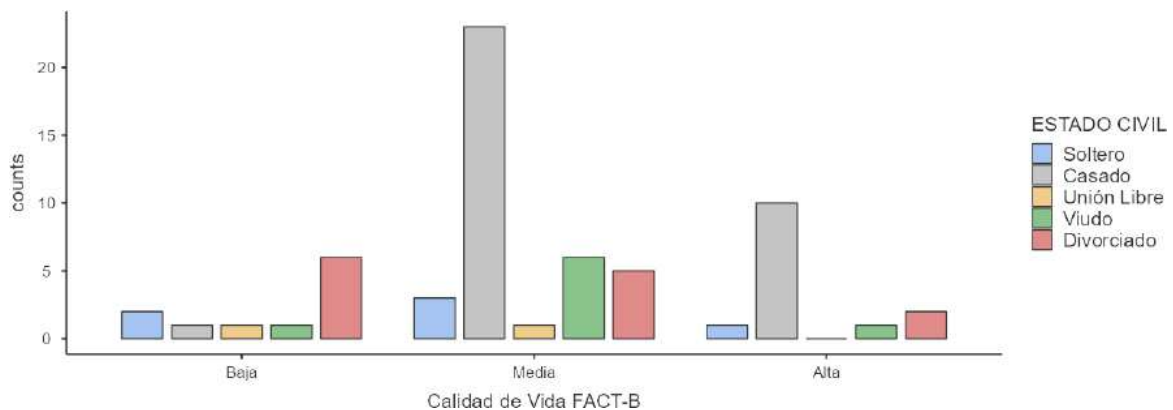
**Gráfico 14.** Calidad de vida FACT-B



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

Se exploró la relación entre la ocupación y los niveles de calidad de vida utilizando un gráfico de barras agrupadas, basado en los puntajes del cuestionario FACT-B. La mayoría de los participantes que se dedican al hogar se concentraron en el nivel de calidad de vida media, aunque también se observaron frecuencias en los niveles bajo y alto. De manera similar, las personas empleadas se distribuyeron principalmente en el nivel medio, con menor representación en los niveles extremo. Por su parte, los participantes jubilados/pensionados se ubicaron exclusivamente en el nivel de calidad de vida alta. Otros grupos ocupacionales, como estudiantes, profesionistas, desempleados y personas del sector comercio, mostraron una representación muy baja o nula, lo que limita su análisis. Gráfico 14.

**Gráfico 15. Calidad de vida FACT-B**



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

Se analizó la distribución de los niveles de calidad de vida, medidos mediante el cuestionario FACT-B, en función del estado civil de los participantes. Los resultados mostraron que las personas casadas constituyen el grupo con mayor frecuencia en los niveles de calidad de vida media y también presentan una proporción destacada en el nivel alto. En contraste, los divorciados y viudos se concentraron principalmente en los niveles bajo y medio de calidad de vida. La presencia de participantes solteros o en unión libre fue escasa en todos los niveles, lo que limita el análisis para estos subgrupos. Estos hallazgos sugieren una posible relación

entre el estado civil y la percepción de calidad de vida, siendo más favorable en aquellos con vínculos conyugales estables. Gráfico 15.

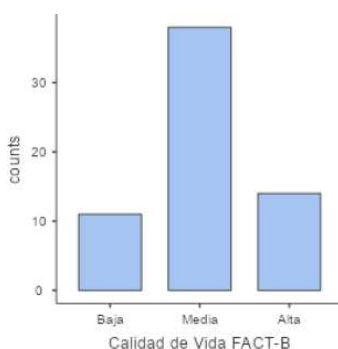
**Tabla. 14.** Prueba de proporciones

Proporciones - Calidad de Vida FACT-B			$\chi^2$ de Bondad de Ajuste		
Nivel	Frecuencia	Proporción	$\chi^2$	gl	p
Baja	11	0.175	20.9	2	< .001
Media	38	0.603			
Alta	14	0.222			

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

Para evaluar si la distribución de los niveles de calidad de vida (baja, media y alta), medida con el instrumento FACT-B, seguía una distribución uniforme esperada se utilizó la prueba  $X^2$  con bondad de ajuste. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones observadas y las esperadas, ( $\chi^2 = 20.9$ ; gl = 2; p < .001). La mayor proporción de participantes se ubicó en el nivel de calidad de vida media (60.3 %), mientras que los niveles bajo (17.5 %) y alto (22.2 %) estuvieron por debajo del valor esperado del 33.3 %. Estos hallazgos indican que la distribución no es homogénea y que la mayoría de las personas evaluadas presenta una calidad de vida intermedia, lo cual podría orientar futuras estrategias de intervención o seguimiento clínico. Tabla 14.

**Gráfico 16.** Distribución de los niveles de calidad de vida según FACT-B



Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.

Se analizaron los niveles de calidad de vida de 63 participantes utilizando el cuestionario FACT-B, categorizando los puntajes en baja, media y alta calidad de vida. Previamente se establecieron los límites superior e inferior restando una desviación estándar (DE) a partir de la media. Los resultados mostraron que el 60.3 % de los participantes se ubicó en el nivel de calidad de vida media, seguido por un 22.2 % en el nivel alto y un 17.5 % en el nivel bajo. Esta distribución indica que la mayoría de la muestra percibe su calidad de vida como intermedia, con una menor proporción en los extremos. Estos hallazgos pueden ser indicativos de áreas de oportunidad para intervenciones dirigidas a elevar el bienestar general, particularmente en aquellos con calidad de vida percibida como baja. Gráfico 16.

**Tabla. 15.** Estado civil y los niveles de calidad de vida

ESTADO CIVIL	Calidad de Vida FACT-B			Total	Pruebas de $\chi^2$			
	Baja	Media	Alta		Valor	gl	p	
Soltero	2	3	1	6	$\chi^2$	16.1	8	0.041
Casado	1	23	10	34				
Unión Libre	1	1	0	2				
Viudo	1	6	1	8				
Divorciado	6	5	2	13				
Total	11	38	14	63	N	63		

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

Se observó una asociación significativa entre el estado civil y los niveles de calidad de vida ( $\chi^2 = 16.1$ ; gl = 8; p = 0.041), lo que indica que la distribución de la calidad de vida percibida difiere en función del estado civil. Los participantes casados tienden a concentrarse en los niveles medio y alto de calidad de vida, mientras que los divorciados muestran mayor frecuencia en el nivel bajo. Estos resultados sugieren que el estado civil podría influir en la percepción del bienestar general en esta población. Tabla 15.

**Tabla. 16.** Ocupación y los niveles de calidad de vida

Calidad de Vida FACT-B	OCUPACIÓN							Total
	Hogar	Estudiante	Empleado	Desempleado	Profesionista	Comercio	Jubilado/Pensionado	
Baja	9	0	2	0	0	0	0	11
Media	25	1	7	1	2	1	1	38
Alta	9	0	3	0	0	0	2	14
Total	43	1	12	1	2	1	3	63

Pruebas de $\chi^2$			
	Valor	gl	p
$\chi^2$	7.26	12	0.840
N	63		

Fuente: n=63 Carrillo C. W., Martínez Á. J., López C. E., Rosario Q. L. *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, 2025.*

No se observó una asociación significativa entre la ocupación y los niveles de calidad de vida medidos mediante el FACT-B ( $\chi^2 = 7.26$ ; gl = 12; p = 0.840). Aunque se identificaron algunas diferencias descriptivas en la distribución, especialmente entre personas dedicadas al hogar y jubilados, estas no alcanzaron significancia estadística. Tabla 16.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, medida a través del FACT-B, está influenciada por la edad y el estado civil, pero no por la ocupación. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han demostrado que el apoyo social y familiar tiene un impacto positivo en la percepción de bienestar en pacientes oncológicos como lo señala Schneider. Adicionalmente, Mejía en el 2020 han reportado que el bienestar físico y emocional están altamente correlacionados, lo cual también se observó en nuestro estudio [40]. Sin embargo, se identificó una relación negativa entre bienestar físico y funcionalidad, lo cual difiere de otros estudios que sugieren que una mejor condición física favorece la autonomía funcional como se observó en un estudio en 2023 por el autor Maya [41]. Este hallazgo podría estar relacionado con la fatiga inducida por el tratamiento o la adaptación psicológica al proceso oncológico.

En el 2023 Agbeko Anita, evaluó la calidad de vida a 56 mujeres con cáncer de mama, mediante el cuestionario FACT-B; el cual mencionó los siguientes resultados; el promedio de la edad fue de 51.7 años y en nuestro estudio fue de 62.87 años; la mediana de la calidad de vida en las dimensiones: bienestar físico fue de 17.5, bienestar social/familiar de 16, bienestar emocional 12, bienestar funcional 8, bienestar adicional de cáncer de mama 22. La mediana de las puntuaciones totales de la calidad de vida fue FACT-B 77.5 [35]. En este estudio se evaluaron a 63 mujeres con una mediana en las dimensiones de bienestar físico de 5, en el bienestar social/familiar 19, en el bienestar emocional 7, en el bienestar funcional de 24 y en el bienestar adicional de cáncer de mama 18.35 y la mediana total del FACT-B 73. Se encontró una diferencia mayor en nuestra población en la media de 10 años, además en la dimensión bienestar social/familiar y bienestar funcional, en las demás dimensiones se encontraron puntuaciones por debajo de lo que comento Agbeko Anita. Por lo que se consideró que en nuestra población con una cultura de solidaridad social y familiar tuviera una funcionalidad de un promedio mayor, ya que la solidaridad es por lo regular reciproca.

En una investigación realizada por Tórtola en 86 mujeres, la media de la edad fue de 48 años, la media total del FACT-B es de 93, dentro de sus dimensiones, dentro del bienestar físico una media de 20, en el bienestar social/familiar una media de 19, en el bienestar emocional una media de 16, en el bienestar funcional una media de 17 y una subescala adicional de cáncer de mama con una media de 20 [38] . En nuestro estudio nuestra media de edad fue de 62.87, la media del instrumento FACT-B fue de 75, dentro de las subescalas se contó con una media en la dimensión bienestar físico de 7.05, una media en la dimensión bienestar social/familiar 18.40, la media de la dimensión bienestar emocional es de 8.41, la media de la dimensión bienestar funcional es de 23.08 y la media de la dimensión adicional de cáncer de mama fue de 18.19. La comparación principal fue la cantidad de participantes, en este estudio, el promedio del FACT-B fue menor en los resultados, así como las demás dimensiones, a excepción de la dimensión bienestar funcional, deduciendo que la diferencia del promedio de la edad por 14 años, pudo ser la diferencia, ya que la mayoría de la población se encontró en la clasificación de personas mayores de 60 años, la mayoría de la población con un estado civil casada y una ocupación de hogar, por lo cual aunque fueron sobrevivientes de cáncer de mama, continuaron realizando sus actividades en forma dependiente.

## CONCLUSIÓN

En la presente investigación, se cumplieron los objetivos:

- 1.- Identificar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32, la cual es percibida en su mayoría como media (60.3 %), seguida de alta (22.2 %) y finalmente baja (17.5 %).
- 2.- Identificar el bienestar funcional de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32, se reportó en su mayoría puntajes altos.
- 3.- Reconocer el bienestar social de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32, se reportó en su mayoría puntajes medios.
- 4.- Distinguir el bienestar emocional de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32, se reportó en su mayoría puntajes bajos.
- 5.- Identificar el bienestar físico de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32, se reportó en su mayoría puntajes bajos.
- 6.- Determinar la preocupación adicional de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en la UMF No. 32, se reportó en su mayoría puntajes medios.
- 7.- Con respecto al conocimiento de las características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama en la UMF 32, se observó que fue más frecuente a partir de los 60 años, dedicadas al hogar y el estado civil casadas.

Los hallazgos de este estudio evidencian que la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama está influenciada por la edad y el estado civil, con un mayor deterioro en pacientes de mayor edad y un mejor bienestar social en aquellas con redes de apoyo. El bienestar físico y emocional están fuertemente relacionados, destacando la importancia de un abordaje integral en el primer nivel de atención.

La medicina familiar debe enfocarse en diseñar estrategias que fortalezcan la atención psicosocial, fomenten la funcionalidad y promuevan intervenciones de salud adaptadas a las necesidades individuales de las pacientes. Se recomienda realizar estudios longitudinales y con mayor tamaño de muestra para mejorar la comprensión de los factores que afectan la calidad de vida en esta población.

Posterior al análisis de datos, no se encontró suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual establecía que "La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en la UMF No. 32 es menor a la media reportada de la población de 77 puntos", encontrándose en este estudio una media de 75.

### **Beneficio a la Medicina Familiar**

La medicina familiar juega un papel clave en el seguimiento integral de mujeres con cáncer de mama. La identificación de factores como la edad y el estado civil como predictores de la calidad de vida permite desarrollar estrategias de intervención específicas en el primer nivel de atención. Por ejemplo: diseño de programas de apoyo psicológico y emocional adaptados según la edad. Enfoque en fortalecer las redes de apoyo social y familiar, particularmente en pacientes sin pareja o sin apoyo familiar. Implementación de programas de actividad física supervisada para mejorar la funcionalidad sin afectar la percepción de bienestar.

### **Limitaciones del estudio**

Entre las limitaciones identificadas en este estudio se encuentran:

- 1) No fue posible obtener el tamaño de muestra originalmente establecido debido a restricciones en el registro erróneo, fallecimiento y pacientes que decidieron no participar.
- 2) Diseño transversal, que impide establecer relaciones de causalidad entre variables.
- 3) Falta de evaluación de otras comorbilidades que podrían influir en la calidad de vida de las pacientes.
- 4) No se incluyó una variable de tipo de tratamiento, lo que podría haber influido en los resultados del bienestar físico y funcional.

### **Sugerencias para futuras investigaciones**

- 1) Realizar estudios longitudinales para evaluar cambios en la calidad de vida a lo largo del tratamiento.
- 2) Incluir una muestra más amplia y diversificada para mejorar la representatividad.
- 3) Explorar en mayor profundidad la relación entre bienestar físico y funcionalidad, considerando factores como fatiga y adaptación psicológica.
- 4) Evaluar el impacto del tipo de tratamiento en la calidad de vida, diferenciando entre quimioterapia, radioterapia y cirugía.



## ANEXOS

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Universidad Nacional Autónoma de México  
 Instituto Mexicano del Seguro Social  
 OOAD Hidalgo  
 Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
 Unidad de Medicina Familiar No. 32  
 Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama  
 en la UMF No. 32

Año	2023					2024					2025			
	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov-Dic	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov-Dic	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun
Planeación del tema del protocolo	PR	PR												
Búsqueda y selección de las referencias bibliográficas			PR	PR	PR									
Integración del protocolo						PR	PR							
Ingreso a plataformas para revisión del proyecto para el SIRELCIS								PR						
Realización de modificaciones y reenvío al SIRELCIS								PR						
Autorización del protocolo								PR						
Trabajo de campo para recolección de datos									PR	PR				
Recopilación de datos										PR	PR			
Análisis de resultados, discusión y conclusiones											PR	PR	PR	
Reporte e impresión del trabajo final														PR

P: PROGRAMADO, R: REALIZADO.



## Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

Pachuca, Hidalgo a \_\_\_\_\_

Lugar y fecha

No. de registro institucional \_\_\_\_\_

**Título del protocolo: Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en la UMF No. 32**

### **Justificación y objetivo de la investigación:**

El cáncer de mama es una de las neoplasias más comunes, afectando la calidad de vida relacionada con la salud de las pacientes. Es angustiante para la paciente y su familia el diagnóstico de cáncer, sin embargo, gracias a nuevos avances médicos la supervivencia ha aumentado considerablemente, como consecuencia se pueden ver afectadas tanto en una forma física, como emocionalmente, por lo cual es importante identificar la calidad de vida

**Procedimientos y duración de la investigación:** Después de explicarle el propósito de nuestro estudio. Si decide participar, le pediremos que firme un consentimiento informado. Además de responder un cuestionario llamado FACT-B, el cual en forma de preguntas nos proporcionará el nivel de calidad de vida que usted considera presenta en la actualidad, esto tardará aproximadamente 15 minutos. Considere que si usted tiene alguna duda o incomodidad tiene toda la libertad de expresarlo.

**Riesgos y molestias:** Este estudio no causa ninguna molestia o riesgo, posiblemente sea molesto el tiempo que le lleve al responder o le cause incomodidad alguna pregunta.

**Beneficios que recibirá al participar en la investigación:** No recibirá beneficio económico, en caso de tener alguna duda o pregunta se le responderá adecuadamente.

**Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:** En caso de que sea necesario se le guiará en alguna pregunta que usted necesite. Cuando se tengan los resultados con todo gusto le podrán ser otorgados por medio del Comité de Ética en Investigación de la Unidad.

**Participación o retiro:** Usted tiene todo el derecho de retirarse del estudio y se respetará su decisión.

**Privacidad y confidencialidad:** Todos sus datos y respuestas tanto escritas y verbales se manejarán en forma confidencial y privada.

### **En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:**

Investigador responsable: Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo tel. 7712668389  
Investigador Asociado: Lic. Marco Antonio López Corella tel. 7712587692  
Investigador asociado y Tesista: Dra. Luisa Fernanda Rosario Quezada tel. 5546430572

**En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:** Boulevard Luis Donaldo Colosio 201, Esquina Jaime Torres Bodet. Fraccionamiento Rincón del Valle. CP. 42080 Pachuca, Hidalgo  
Pachuca de Soto, Hidalgo Teléfono: 771 7159526 o comunicarse al correo: comitedeetica12028@gmail.com

**Declaración de consentimiento:**

Acepto participar       No acepto participar

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene  
el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2



Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
OOAD Hidalgo  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Unidad de Medicina Familiar No. 32  
Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama  
en la UMF No. 32

INSTRUMENTO FACT-B

Fecha: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

**INSTRUCCIONES:** responda adecuadamente las siguientes preguntas, en caso de tener alguna duda o incomodidad coméntelo con la persona quien le realiza la entrevista.

Edad: \_\_\_\_\_

Tache con una x la respuesta

a) Ocupación

Hogar	Estudiante	Empleado	desempleado	Profesio nista	comercio	Jubilado o pensionado
1	2	3	4	5	6	7

b) Estado civil

Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada	Viuda
1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO FACT-B

Conteste con una equis el resultado que considere adecuado para usted. Si alguna pregunta no la desea contestar tache la pregunta.

<b>1. Bienestar Físico</b>		NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	DEMASIADO
		0	1	2	3	4
BF1	Tengo falta de energía					
BF2	Tengo nauseas					
BF3	Debido a mi condición física, tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia					
BF4	Tengo dolor					
BF5	Me molestan los efectos secundarios de mi tratamiento					
BF6	Me siento mal					
BF7	Me veo obligado a pasar tiempo en la cama					
<b>2. Bienestar Social/Familiar</b>		NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	DEMASIADO
		0	1	2	3	4
BS1	Me siento cerca de mis amigos					
BS2	Recibo apoyo emocional de mi familia					
BS3	Recibo apoyo de mis amigos					
BS4	Mi familia ha aceptado a mi enfermedad					
BS5	Estoy satisfecha con la manera en que mi familia se comunica sobre mi enfermedad					
BF1	Me siento cercana a mi pareja					
BS7	Estoy satisfecha con mi vida sexual					

<b>3. Bienestar Emocional</b>		<b>NADA</b>	<b>UN POCO</b>	<b>ALGO</b>	<b>MUCHO</b>	<b>DEMASIADO</b>
		0	1	2	3	4
BE1	Me siento triste					
BE2	Estoy satisfecha de como enfrento mi enfermedad					
BE3	Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad					
BE4	Me siento nerviosa					
BE5	Me preocupa morir					
BE6	Me preocupa que condición empeore					
<b>4. Bienestar Funcional</b>		<b>NADA</b>	<b>UN POCO</b>	<b>ALGO</b>	<b>MUCHO</b>	<b>DEMASIADO</b>
		0	1	2	3	4
BF1	Puedo trabajar (incluye trabajo en casa)					
BF2	Mi trabajo es satisfactorio (incluye trabajo en casa)					
BF3	Soy capaz de disfrutar mi vida					
BF4	He aceptado mi enfermedad					
BF5	Estoy durmiendo bien					
BF6	Disfruto de mis pasatiempos					
BF7	Estoy satisfecho con mi calidad de vida					

<b>5. Bienestar Adicional/ Subescala de cáncer de mama</b>		<b>NADA</b>	<b>UN POCO</b>	<b>ALGO</b>	<b>MUCHO</b>	<b>DEMASIADO</b>
		0	1	2	3	4
BA1	Me ha faltado el aire al respirar					
BA2	Soy consciente de la forma en que me visto					
BA3	Uno o ambos brazos están hinchados o sensibles					
BA4	Me siento física o sexualmente atractiva					
BA5	Me molesta la caída de pelo					
BA6	Me preocupa que otros miembros de la familia puedan padecer esta enfermedad					
BA7	Me preocupa el efecto del estrés en mi enfermedad					
BA8	Me molestan los cambios de peso					
BA9	Me sigo sintiendo mujer					
D1	Tengo dolor en ciertas partes de mi cuerpo					

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**



**Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
OOAD Hidalgo**



**Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Unidad de Medicina Familiar No. 32**

**Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama  
en la UMF No. 32**

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

FOLIO	EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	FACT-B					TOTAL
				BF	BS	BE	BF	BA	

## REFERENCIAS

1. Crespo A, Jiménez F, Cueva P. Methods in breast reconstruction for patients with a history of breast cancer after total or partial mastectomy care. *Salud Cienc Tecnol* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56294/saludcyt2023306>
2. Torres-Agüero N, López-Catá F, de-la-Paz-Loret-de-Mola E, Agüero-Betancourt C. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de 20 a 40 años. *Universidad Médica Pinareña* [revista en Internet]. 2020 [citado 26 Abr 2024]; 17 (1) Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/485>
3. Espinosa Ramírez M. Cáncer de mama. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 2 de enero de 2017 [citado 25 de abril de 2024];2(1):8-12. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/58>
4. World Health Organization. Cancer [Internet] (citado el 25 de abril de 2024).Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
5. American Cancer Society. (citado el 25 de abril de 2024) Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a Propósito del día Internacional de la Lucha Contra el Cáncer de Mama (19 de octubre). (citado 25 de abril de 2024). Comunicado de prensa número 595/23. Disponible en : [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_CMAMA23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_CMAMA23.pdf)
7. Maffuz-Aziz A, Labastida-Almendaro S, Espejo-Fonseca A, Rodríguez-Cuevas S. Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. *Cir Cir.* mayo de 2017;85(3):201-7.
8. Arceo-Martínez MT, López-Meza JE, Ochoa-Zarzosa A, Palomera-Sanchez Z. Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. *Gac Mex Oncol.* 29 de julio de 2021;20(3):6748.
9. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica.* 15 de junio de 2020;40(2):349-61.
10. Di Nardo P, Lisanti C, Garutti M, Buriolla S, Alberti M, Mazzeo R, et al. Chemotherapy in patients with early breast cancer: clinical overview and management of long-term side effects. *Expert Opin Drug Saf.* 2 de noviembre de 2022;21(11):1341-55.
11. Pech Argüelles RC, Granados Albarrán BY, Arriaga Coria A, Bobadilla López RM, Vargas Echeverría SL. Efectos de la rehabilitación en la movilidad y dolor de

hombro en pacientes postmastectomizadas por cáncer de mama. *Rev Mex Med Física Rehabil.* 2023;35(1-2):8-13.

12. Calapai M, Puzzo L, Bova G, Vecchio DA, Blandino R, Barbagallo A, et al. Effects of Physical Exercise and Motor Activity on Oxidative Stress and Inflammation in Post-Mastectomy Pain Syndrome. *Antioxidants.* 4 de marzo de 2023;12(3):643.

13. Kakati B, Nair N, Chatterjee A. Post mastectomy pain syndrome at an Indian tertiary cancer centre and its impact on quality of life. *Indian J Cancer [Internet].* 30 de junio de 2023 [citado 16 de enero de 2024]; Disponible en: [https://journals.lww.com/10.4103/ijc.ijc\\_861\\_21](https://journals.lww.com/10.4103/ijc.ijc_861_21)

14. Chrischilles EA, Riley D, Letuchy E, Koehler L, Neuner J, Jernigan C, et al. Upper extremity disability and quality of life after breast cancer treatment in the Greater Plains Collaborative clinical research network. *Breast Cancer Res Treat.* junio de 2019;175(3):675-89.

15. Kang JJ, Lee H, Park BH, Song YK, Park SE, Kim R, et al. Efficacy of a 4-Week Nurse-Led Exercise Rehabilitation Program in Improving the Quality of Life in Women Receiving a Post-Mastectomy Reconstruction Using the Motiva Ergonomix™ Round SilkSurface. *Int J Environ Res Public Health.* 20 de diciembre de 2022;20(1):16.

16. Sala L, Bonomi S, Ciniselli CM, Verderio P, Pastori M, Maurichi A, et al. Patient-reported outcome measurements in post-mastectomy implant-based breast reconstruction and radiotherapy: Analysis of BREAST-Q data. *Tumori J.* junio de 2023;109(3):295-300.

17. Ramírez-Coronel AA, Malo-Larrea A, Martínez-Suarez PC, Montánchez-Torres ML, Torracchi-Carrasco E, González-León FM. Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. 16 de febrero de 2021 [citado 25 de abril de 2024]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/4543649>

18. Rivas- Torres, F., Acevedo-Duque, A. y Castillo- Blanco, V. (2020). La calidad de vida compleja: referente organizacional para la política de seguridad social venezolana. *Revista Visión Gerencial*, 19(2), 272–286. Recuperado de: <http://erevistas.saber.ula.ve/visiongeren>

19. Loef M, Paepke D, Walach H. Quality of Life in Breast Cancer Patients Treated with Mistletoe Extracts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Integr Cancer Ther.* enero de 2023; 22:15347354231198074.

20. Getu MA, Chen C, Wang P, Kantelhardt EJ, Addissie A. Quality of life and its influencing factors among breast cancer patients at Tikur Anbessa specialised hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer.* 17 de agosto de 2022;22(1):897.

21. Mosquera-Nogueira J, Rodríguez-Míguez E. La medición de la calidad de vida en Atención Primaria.

22. Kleijburg A, Braal CL, Westenberg JD, Jager A, Koolen SLW, Mathijssen RHJ, et al. Health-related quality of life and productivity costs in breast cancer

patients treated with tamoxifen in the Netherlands. *Biomed Pharmacother.* febrero de 2023; 158:114158.

23. Jang MK, Kim SH, Ko YH, Han J, Kim SY, Kim S. Comparing Disease-Specific and Generic Quality of Life in Korean Breast Cancer Survivors Using the FACT-B and QLI: The Importance of Instrument Selection. *Integr Cancer Ther.* enero de 2022;21:153473542210854.

24. Pastuña-Doicela R, Sanhueza-Alvarado O. Influencia de la autoeficacia en la incertidumbre y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Revisión integrativa. Enferm Cuid Humaniz.* 17 de noviembre de 2021;10(2):124-44.

25. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep.* marzo de 2021;23(3):38.

26. Toohey K. A systematic review of multimodal prehabilitation in breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2023.

27. Wen T, Chen C, Ren W, Hu S, Zhao X, Zhao F, et al. Effect of electronic health (eHealth) on quality of life in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cancer Med.* julio de 2023;12(13):14252-63.

28. García González DE, Santos Durán SA, Luna Dueñas JG. Fuerza resistencia en la calidad de vida de mujeres con cáncer de seno: Una revisión sistemática. *Oncol Ecuad.* 30 de agosto de 2021;31(2):164-75.

29. Marina Altagracia-Martínez M, Gomez-Rico, Altagracia-Martinez M, Rubio-Poo, Cardenas-Elizalde R, Hinojosa-Cruz. Breast cancer quality of life evaluation in Mexican Women at La Raza Hospital, Mexico City: A preliminary approach. *Clin Outcomes Res.* noviembre de 2008;1.

30. Salas M, Mordin M, Castro C, Islam Z, Tu N, Hackshaw MD. Health-related quality of life in women with breast cancer: a review of measures. *BMC Cancer.* diciembre de 2022;22(1):66.

31. Md Yusof K, Mahmud R, Abdullah M, Avery-Kiejda KA, Rosli R. Cross-Cultural Adaptation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) in Malaysian Breast Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev.* 1 de abril de 2021;22(4):1055-61.

32. Santos AS, Silva I, Guimarães R, Meneses RF. Adjuvant vs. neoadjuvant chemotherapy: quality of life and psychosocial variables in women with breast cancer. *Health Psychol Rep [Internet].* 5 de octubre de 2022 [citado 10 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://hpr.termidia.pl/Adjuvant-vs-neoadjuvant-chemotherapy-quality-of-life-and-psychosocial-variables-in,152329,0,2.html>

33. Guadalupe H. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*

34. Wang X, Zhu K, Ren L, Li H, Lin S, Qing X, et al. Quality of life and related risk factors after breast reconstruction in breast cancer patients. *Gland Surg.* junio de 2020;9(3):767-74.
35. Agbeko AE, Bekae A, Boakye-Yiadom J, Arthur J. Change in quality of life of metastatic breast cancer patients seeking treatment at Komfo Anokye Teaching Hospital, Ghana. *J Clin Oncol.* 1 de junio de 2023;41(16\_suppl): e24111-e24111.
36. Al-Kaylani HM, Loeffler BT, Mott SL, Curry M, Phadke S, Van Der Plas E. Characterizing Early Changes in Quality of Life in Young Women with Breast Cancer. *Front Psychol.* 6 de mayo de 2022;13:871194.
37. Valencia Legarda F, Lopera Muñetón C, Sánchez Arenas RL. Calidad de vida en pacientes con linfedema por cáncer de seno en la ciudad de Medellín. *Med UPB.* 2020;39(2):17-23.
38. Tórtola Navarro A, Maciá MJ, Cabello Caro C, Santalla Hernández A. Nivel de Actividad Física en supervivientes de cáncer de mama españolas. Aplicación del HUNT 1-Physical Activity Questionnaire. *Rev Andal Med Deporte.* el 15 de julio de 2020;14(4):210–5.
39. Schneider Hermel, Júlia; Pizzinato, Adolfo; Calderón Uribe, Magaly. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Rev. psicol. (Lima), Lima* , v. 33, n. 2, p. 439-467, jul. 2015 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472015000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 fev. 2025
40. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, HernándezCarrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica.* 2020;40:349-61.<https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
41. Maya Ríos, L. M., Serna Ramos, J., Díaz Macias, N. S., Mosquera Medina, W. P., & Ochoa Villegas, L. F. (2023). Efectos de la actividad física sobre la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres con cáncer de mama. *Unaciencia Revista De Estudios E Investigaciones*, 16(31), 78-95. <https://doi.org/10.35997/unaciencia.v16i31.725>