



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“CALIDAD DE VIDA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN CÁNCER DE MAMA.”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Itzel González Garrido.

Dirigido por:

MCE. Ma. Azucena Bello Sánchez

Co-Director

Med. Esp. Paulo César González Santiago

Querétaro, Qro. Febrero 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“Calidad de vida y cuidados paliativos en cáncer de mama”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Itzel González Garrido

Dirigido por:

MCE. Ma. Azucena Bello Sánchez

Co-dirigido por:

Med. Esp. Paulo César González Santiago

MCE. Ma. Azucena Bello Sánchez

Presidente

Med. Esp. Paulo César González Santiago

Secretario

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez

Vocal

Med. Esp. Verónica Campos Hernández

Suplente

MCE. Patricia Flores Bautista.

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario febrero 2024.
México.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama a menudo requiere tratamientos agresivos con efectos secundarios significativos. En este contexto, los cuidados paliativos desempeñan un rol fundamental al aliviar síntomas, reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las pacientes. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la calidad de vida y cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal comparativo, realizado en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de la UMAA. Se incluyeron a pacientes con cáncer de mama confirmado por estudio histopatológico, se excluyeron a pacientes con enfermedades previas a cáncer de mama que afectara su calidad de vida, se eliminaron a pacientes con encuestas incompletas. El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula para dos proporciones, obteniendo 31 participantes por grupo, obtenidos por muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Se estudiaron las siguientes variables: edad, religión, escolaridad, estado civil, ocupación, estadio clínico de cáncer, si recibían o no cuidados paliativos y calidad de vida que se determinó con la escala de QLQ-C30. Se aplicó estadística descriptiva con porcentajes y frecuencias, estadística inferencial con χ^2 , OR con IC 95%. El estudio se apegó al reglamento de ética e investigación vigente. **Resultados:** El estudio incluyó a 62 participantes, en el grupo que recibieron cuidados paliativos 41.9% (13) tenían buena calidad de vida en el estado global de salud, comparado con el 71% (22) del grupo control, χ^2 5.3, p valor=0.02, con buena calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física 83.9% (26), en síntomas; náusea y vómito 16.1% (5), disnea 96.8% (30) y diarrea 16.1% (5). **Conclusiones:** Existe asociación estadísticamente significativa en pacientes sin cuidados paliativos y calidad de vida. Sin embargo, en las pacientes que recibieron cuidados paliativos existió una mejoría de la calidad de vida en la dimensión de función física y síntomas como náusea y vómitos, disnea y diarrea.

Palabras clave: Cáncer de mama, cuidados paliativos, calidad de vida.

Summary

Introduction: Breast cancer often requires aggressive treatments with significant side effects. In this context, palliative care plays a key role in relieving symptoms, reducing suffering and improving patients' quality of life. **Objective:** To determine the association between quality of life and palliative care in breast cancer patients. **Methods:** Observational, cross-sectional, comparative study conducted in patients diagnosed with breast cancer at the UMAA. Patients with breast cancer confirmed by histopathological study were included, patients with diseases prior to breast cancer that affected their quality of life were excluded, patients with incomplete surveys were eliminated. The sample size was obtained with the formula for two proportions, obtaining 31 participants per group, obtained by non-probabilistic sampling by consecutive cases. The following variables were studied: age, religion, schooling, marital status, occupation, clinical stage of cancer, whether or not they were receiving palliative care and quality of life, which was determined with the QLQ-C30 scale. Descriptive statistics were applied with percentages and frequencies, inferential statistics with Chi², OR with 95% CI. The study complied with current ethics and research regulations. **Results:** The study included 62 participants, in the group that received palliative care 41.9% (13) had good quality of life in global health status, compared to 71% (22) of the control group, Chi² 5.3, p valor=0.02, good quality of life in the dimension of physical functionality 83.9% (26), in symptoms; nausea and vomiting 16.1% (5), dyspnea 96.8% (30) and diarrhea 16.1 (5). **Conclusions:** Statistically significant association was observed in patients without palliative care and quality of life. However, in patients who received palliative care there was an improvement in quality of life in the dimension of physical function and symptoms such as nausea and vomiting, dyspnea and diarrhea.

Key words: breast cancer, palliative care, quality of life.

Dedicatorias

A mi esposo e hijo.

Natita, siempre siéntete orgulloso de quién eres y de lo que has logrado, eres el mejor ser humano que la vida me ha dado, nunca olvides que papá y mamá te aman con todo su ser.

Agradecimientos

Doy gracias a Dios, a mis padres y hermanos, mi esposo, mi hijo y mi familia por elección; a ellos agradezco su paciencia, compañía y motivación para concluir esta etapa de mi vida.

Agradezco a la Dra. Azucena por estar para mí, siempre con la mejor actitud y retroalimentando mi aprendizaje de una manera positiva, dispuesta a enseñar y compartir sus conocimientos, aprendí mucho de ella.

Agradezco al Dr. Paulo César por cooperar en mi estudio, principalmente en la toma de muestra, reconozco y admiro su pasión por los cuidados paliativos, la entrega a sus pacientes y la calidez humana con la que siempre se rige.

Siempre una inspiración y motivación ha sido ver a la Dra. Prishila trabajar a un ritmo admirable, siempre con los mejores consejos de vida, salud, amistad, crianza, gracias por acompañarme en una etapa crucial en mi vida.

A la Dra. Paty agradezco su interés en concluir este proyecto a tiempo, gracias por todo el apoyo que recibí cuando más lo necesité, por ser empática en la etapa más hermosa, misteriosa, deseada e inesperada llamada maternidad, gracias por compartir tantos momentos en su oficina y brindarme un consejo cada que lo solicité. Gracias por compartir sus conocimientos y dejarme entrar un poquito en su historia de vida, la llevo en el corazón.

Agradezco a mis amigos y compañeros que hicieron ameno este trayecto.

Gracias Dios, gracias vida.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
III. Fundamentación teórica	6
III.1 Cáncer de mama	6
III.2 Calidad de vida	9
III.2.1 Escala o Instrumento de medición de la calidad de vida.	12
III.3. Cuidados paliativos	13
IV. Hipótesis o supuestos	18
V. Objetivos	19
V.1 General	19
V.2 Específicos	19
VI. Material y métodos	20
VI.1 Tipo de investigación	20
VI.2 Población	20
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	20
VI.3.1 Criterios de selección	21
VI.3.2 Variables estudiadas	21
VI.4 Técnicas e instrumentos	21
VI.5 Procedimientos	22

VI.5.1 Análisis estadístico	23
VI.5.2 Consideraciones éticas	23
VII. Resultados	26
VIII. Discusión	35
IX. Conclusiones	38
X. Propuestas	39
XI. Bibliografía	41
XII. Anexos	47

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas	29
VII.2	Estadio clínico de cáncer de mama y cuidados paliativos	30
VII.3	Asociación entre estado de salud global y cuidados paliativos.	31
VII.4	Asociación entre funcionalidad y cuidados paliativos.	32
VII.5	Asociación entre sintomatología y cuidados paliativos	33
VII.6	Asociación entre sintomatología relacionada a calidad de vida y cuidados paliativos.	34

Abreviaturas y siglas

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data System

CLIS: Comité Local de Investigación en Salud.

EORTC

QLQ C-30: European organization for reseach and treatment of cáncer quality life.

EORTC QLQ

BR23: European organization for reseach and treatment of cáncer quality life.
Specific questionnaire for breast cancer.

FACT-B: Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

OMS: Organización Mundial de la Salud

SPSS: Statistical Package for the Social Sciencies

UMAA: Unidad Médica de Atención Ambulator

I. Introducción

En el mundo, el cáncer de mama representa el 11.7% de todos los cánceres. En México, en el año 2020, el cáncer de mama fue la enfermedad oncológica más frecuente, siendo la primera causa de muerte en mujeres. En el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2021 se detectaron 4,780 casos nuevos, 2,225 muertes, con una incidencia de 25.14 por cada 100,000 y una tasa de mortalidad de 11.70 por cada 100,000, lo que representa un desafío para los programas de prevención. (Martínez Sánchez, et al 2022)

La prevalencia y la mortalidad de cáncer de mama irán en aumento en los próximos años, con una supervivencia a 5 años para tumores localizados de 81.5%, y para tumores diseminados de 27.3%, basado en la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Estas prevalencias pueden ser modificadas debido a los avances terapéuticos de los últimos años (Dorado Roncancio, 2020)

El diagnóstico de cáncer de mama en algunos casos condiciona una crisis paranormativa en las pacientes y sus familiares, las pacientes con esta neoplasia pueden desarrollar alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad, alteraciones físicas, problemas sociales e incluso espirituales, inconvenientes en la calidad de vida, incrementando las necesidades de soporte social y familiar, demandando el uso de recursos humanos y materiales del sector salud como son los cuidados paliativos de ser necesarios (Kredert S, 2020)

La atención médica paliativa tiene como objetivo el cuidado de las pacientes, reafirmando su vida y entendiendo la muerte como una realidad, por lo tanto, los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de las pacientes y sus familiares ante una enfermedad devastadora por medio de la prevención, alivio del dolor o sufrimiento, apreciación de la cultura, espiritualidad, creencias y valores. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el personal de la salud

conformado por Médicos, Enfermeros, Psicólogos y Trabajadores Sociales son los encargados de proporcionar una atención médica paliativa, con el fin de lograr estos objetivos.

II. Antecedentes

Un estudio realizado para evaluar los grupos de síntomas que experimentan las mujeres con cáncer de mama en Jordania, se incluyó un total de 516 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, los grupos de síntomas más prevalentes fueron cansancio (76,0%) dolor muscular (71,1%) dolor lumbar (67,4%) y preocupación (67,1%). Estos síntomas fueron agrupados en 5 grupos: psicológicos, efectos secundarios del tratamiento, náuseas y vómitos, dolor y fatiga, de los cuales los síntomas psicológicos, náuseas y vómito y dolor se vieron como predictores de una puntuación mala de la calidad de vida (Al Qadire, 2021)

Un estudio de investigación tuvo como objetivo evaluar la relación de la calidad de vida y la satisfacción de la usuaria con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, se encuestaron a 41 mujeres utilizando la escala "EORTC QLQ C-30", versión 3, y como complemento "EORTC QLQ BR23". El 53,7% de los pacientes expresó satisfacción con la atención de salud. La calidad de vida fue calificada en un 73% como buena y las áreas afectadas de manera negativa fue el funcionamiento, deseo sexual y preocupación por el futuro (Salas Rivas, 2019)

Tras la evaluación de los diferentes elementos del constructo de la calidad de vida y los patrones de asociación entre ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama, se evaluó a 107 pacientes, se encontró mayor prevalencia de ansiedad clínica (84%) y menor prevalencia de depresión (25%), no se observó diferencia significativa entre la ansiedad según el estadio clínico pero sí en la depresión pues fue más frecuente encontrarla en estadios clínicos más avanzados lo que indica que es una variable mayormente asociada con el empeoramiento de la calidad de vida (Valderrama Ríos MC, 2017).

En la Unidad de Medicina Familiar Número 15 del IMSS, se llevó a cabo un estudio de investigación con el objetivo de evaluar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama de esa unidad, se evaluaron 92 pacientes con el cuestionario EORTC QLQ-C30 de los cuales 47 mujeres (51.1%) presentaron buena calidad de vida y 45 (48.8%) una mala calidad de vida, concluyendo que la calidad de vida percibida por las pacientes incluidas en este estudio es buena (Gómez C, 2019).

Sánchez Pedraza y colaboradores publican un estudio de investigación con el objetivo de comparar la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama u otro tipo de cáncer ginecológico y el cuidado o no paliativo, de las 114 pacientes evaluadas, 30 presentaron cáncer de mama de estas el 7% se brindó cuidados paliativos y en relación a los constructos de calidad de vida (bienestar físico, bienestar social), se encontró una menor calidad de vida en pacientes enviados a cuidados paliativos (Sánchez Pedraza, 2017)

En un estudio realizado para comprender la percepción de la calidad de vida de pacientes con cáncer en cuidados paliativos a un grupo de 96 pacientes, con un predominio de 32,3% de cáncer de mama, analizadas por una estrategia metodológica del Discurso del Sujeto Colectivo obteniendo como resultado que la calidad de vida está relacionada a la salud, bienestar, espiritualidad y felicidad, de igual manera los problemas familiares y económicos también repercuten en la percepción de la calidad de vida (Meneguín S, 2018)

En una revisión sistemática de la literatura en artículos completos de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama en cualquier etapa y cualquier subtipo molecular tratadas con abemaciclib, palbociclib o ribociclib, se incluyeron 33 registros obteniendo como resultado que dichos fármacos no empeoran la calidad de vida de los pacientes relacionada a la salud, con una tendencia positiva hacia la mejora de dolor (V. Di Lauro, 2022)

En una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida y la relación entre el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en una muestra de 43 pacientes, mediante la aplicación del instrumento EORTC QLQ-C30, obteniendo que el 63% tuvieron una calidad de vida medianamente favorable, 21% calidad de vida saludable, en el funcionamiento físico el 61% calidad de vida medianamente favorable, en la dimensión social 63% tuvo calidad de vida saludable, en el funcionamiento psicológico el 47% presentó calidad de vida saludable, concluyendo que no hay relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento (Kredert S, 2020)

En un estudio de investigación con el fin de describir la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en cuidado paliativo en la Unidad oncológica Surcolombiana de Neiva mediante la aplicación de la escala FACT-B a un total de 40 pacientes se obtuvo como resultado que el bienestar físico ($13,98 \pm 7,57$) y funcional ($15,625 \pm 77,092$) fueron las dimensiones con calidad de vida bajas, reportando puntuaciones más altas en las dimensiones Familiar y Social ($18,775 \pm 5,371$) junto con el estado Emocional ($16,075 \pm 5,695$). Concluyendo que la calidad de vida es variante (Segura, L. S, 2020)

III. Fundamentación teórica

III.1. Cáncer de mama

A nivel mundial, el cáncer de mama es considerado como la primera causa de muerte. En el año 2020 se diagnosticaron 2.3 millones de mujeres y cerca de 685, 000 fallecieron a causa de esta enfermedad (INEGI, 2021)

En México en el año 2019 se registraron 314, 499 defunciones en la población femenina y de estas 7, 257 fueron defunciones causadas por cáncer de mama. La mayor tasa de mortalidad por entidad federativa (estrato 22.36 a 26.71) son Chihuahua, Sinaloa, Sonora, Jalisco, Nuevo León, Aguascalientes, Tamaulipas y Nayarit. Querétaro presenta una tasa de mortalidad entre (18.01 a 22.35) (INEGI 2021)

El cáncer de mama es uno de los cánceres con mayor sobrevida, en México la probabilidad de supervivencia global y libre de enfermedad a 5 años es de 78.5%. Este logro está en relación con la detección oportuna, acceso al tratamiento y los avances de la medicina. Además, el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años es 13.3% más frecuente que en la población europea o norteamericana (Dorado Roncancio, 2020)

Para establecer el diagnóstico de cáncer de mama, la autoexploración ha demostrado disminuir la mortalidad de esta enfermedad; la mastografía es el principal método diagnóstico por imagen, se utiliza en pacientes asintomáticas como screening y en pacientes sintomáticas, para esto existe un léxico específico (Breast Imaging Reporting and Data System, BI-RADS) que marca pautas de actuación. El ultrasonido mamario es útil en mujeres más jóvenes debido a la densidad mamaria, tiene la capacidad de diferenciar lesiones quísticas de las sólidas, valora axila en sospecha de afectación ganglionar. La resonancia

magnética su objetivo es detectar la multifocalidad y el control de cicatrices en tratamientos conservadores (Ramírez ME, 2018)

La biopsia es la manera definitiva para el diagnóstico de cáncer de mamá, ya que resulta de gran utilidad en lesiones sospechosas de malignidad. En el caso de las lesiones palpables y no palpables en pacientes asintomáticas, si se combina el método diagnóstico de imagen (ultrasonido, mastografía) con la exactitud de la toma de biopsia por aspiración con aguja fina, se puede obtener una sensibilidad y especificidad de 99% para el diagnóstico de cáncer de mama (Carbajal Irigoyen, 2017)

Es importante tener un sistema de estadificación simple que otorgue información para poder definir el pronóstico de los pacientes, la clasificación del sistema de estadificación está basada en la extensión de la enfermedad según la afectación anatómica (clasificación TNM) considerando; el tamaño del tumor primario (T), la presencia, ausencia y extensión de la afectación de ganglios linfáticos (N) y la presencia o ausencia de metástasis a distancia (M) (Chavez-MacGregor M, 2017)

El grado histológico es un factor pronóstico importante para determinar el comportamiento biológico y una herramienta de utilidad para determinar un tratamiento adyuvante (Chávez Macgregor, et al 2017). El estadio clínico es proporcional a la sobrevida de las pacientes, a menor estadio, mayor probabilidad de supervivencia, se esperaría que en estadios avanzados la calidad de vida este deteriorada debido a las afectaciones físicas, psicológicas que amenazan la integridad de las pacientes (Aguirre Loaiza, 2017)

En México, la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama es en estadios avanzados, es debido a la falta de concientización y educación de

la enfermedad, así como poco acceso a los servicios de salud, generando un impacto importante en la calidad de vida de las pacientes (Maffuz Aziz, 2017)

El manejo clínico de cáncer de mama se basa en factores clínicos y patológicos con los que se puede evaluar su pronóstico, grupos de riesgo y realizar la toma de decisiones terapéuticas individualizadas en cada paciente, las cuales pueden variar dependiendo de la población, relacionados al estilo de vida y factores genéticos (Maffuz Aziz, 2017)

La intervención terapéutica puede generar efectos secundarios a corto o largo plazo, que pueden reducir la capacidad funcional y disminuir la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, 80-90 % de las pacientes presentan fatiga en el tratamiento, la cual puede ser persistente durante meses, años e incluso después del tratamiento sistémico (Ramírez K, 2017)

Existen eventos secundarios que se presentan posterior a tratamientos médicos como; trastornos sensoriales, linfaedema, limitación del uso del brazo relacionado al dolor persistente, con efectos secundarios a quimioterapia que afectan el funcionamiento físico, social, bienestar psicológico y por ende la calidad de vida de las pacientes. (Valderrama Ríos MC, 2107)

Dentro del abordaje inicial de los pacientes se debe incluir la evaluación clínica, con una propuesta terapéutica que incluya un equipo multidisciplinario basándose en las características de cada paciente, el estadio clínico de la enfermedad y las variables histológicas e inmunohistoquímicas del tumor, lo que marca la pauta para su tratamiento.

Las opciones de tratamiento en las pacientes con cáncer de mama son cada vez más diversas, lo que impacta una mayor supervivencia, pero conforme avanza la enfermedad, las posibilidades de respuesta a dicho tratamiento

disminuyen, lo que centra el manejo de estas pacientes en mejorar la calidad de vida, brindándoles confort, control sintomático, satisfacción de los pacientes y sus familias o cuidadores a través de tratamiento médico y paliativo (Cárdenas Sánchez, 2021)

El cáncer de mama puede afectar de manera significativa la salud, el bienestar físico, emocional y psicosocial de las mujeres. La mayoría de las mujeres son candidatas a cirugía conservadora de seno, quienes se someten a este tratamiento más radiación, tienen menos riesgo quirúrgico, pero a largo plazo pueden tener recaídas, un deficiente estado de bienestar con más dolor y una imagen negativa de sí misma en comparación con las pacientes con mastectomía radical (Dawn L, 2019)

El cáncer de mama es la enfermedad oncológica que más afecta de manera global la esfera biopsicosocial del individuo que la padece y su entorno, teniendo como resultado de una interacción entre el tipo histológico de la enfermedad, el estadio clínico, su evolución, tipo de tratamiento, el cambio a nivel personal que se produce al momento del diagnóstico, personalidad del paciente, la percepción, el apoyo social y las medidas de afrontamiento como uno de los recursos principales para poder predecir la calidad de vida de las pacientes. (Kredert S, 2020).

III.2. Calidad de vida

La calidad de vida, definida por la OMS, es la percepción que tiene el individuo de su entorno, los valores y el ámbito cultural de los que forma parte, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes, influenciado por la salud física, psicológica, a nivel de independencia, relaciones sociales y de su entorno (World Health Organization, 2021)

Hoy en día, la calidad de vida resulta ser un concepto evolutivo, con múltiples dimensiones que se adapta a las necesidades de cada persona integrando elementos tangibles e intangibles que resultan complejos de estudiar e intervenir, generalmente están asociados a la salud y bienestar de los pacientes, generando interés a nivel mundial para realizar intervenciones en las diferentes áreas como el bienestar y la prevención de la enfermedad, entre otros (Bedoya Carvajal, 2021)

La calidad de vida relacionada con la salud se utiliza con más frecuencia para estudiar la afectación que tienen ciertas enfermedades crónicas en quienes las padecen, evaluando la eficacia de los tratamientos médicos mediante encuestas autodirigidas, permitiendo que el personal de salud analice el efecto de sus intervenciones y la Salud Pública evalúe las condiciones que favorecen el aumento en su prevalencia y las dificultades que existen para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (Vásquez JPL, 2020)

El abordaje de la calidad de vida es de manera multidimensional, con apoyo médico, social, económico, material, espiritual o emocional por parte un equipo especializado y de las personas que las rodean; familia, amigos, grupos de apoyo, ya que se ha demostrado que existen recursos personales que ayudan a mantener una calidad de vida alta, es por eso que al estimar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en un estudio realizado en Chile, consideran que la calidad de vida calificada como buena es de un 73% de las mujeres evaluadas.²⁰ La percepción de la calidad de vida mala en pacientes con cáncer de mama en un estudio realizado en México en la UMF No. 15 del IMSS es de 48.8% en 45 pacientes evaluadas y la calidad de vida buena es de 51.1% de 47 pacientes evaluadas (Gómez C, 2019)

La calidad de vida relacionada con la salud es usada en las enfermedades crónicas, siendo un fenómeno subjetivo donde las personas perciben su estado de

salud ya sea positivo o negativo ante la enfermedad y su tratamiento relacionado con su bienestar físico, cognitivo, emocional y social. Ante el diagnóstico de cáncer de mama las mujeres experimentan respuestas emocionales transitorias, en algunos casos se acompañan de síntomas de ansiedad y depresión. (Altuve Burgos J, 2022)

El estrés, la ansiedad, la depresión afectan la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con alguna enfermedad crónica, desde el momento de su diagnóstico y a lo largo del tratamiento al que son sometidas generando variación de la calidad de vida, por ello, debemos enfocarnos en el uso de recursos que utilizan para enfrentar su enfermedad ya sean intra e interpersonales (resiliencia, apoyo social) con el objetivo de mantener una alta calidad de vida (Hernández Silva, 2020)

En general es complicado evaluar la calidad de vida debido a su componente de subjetividad y al fenómeno conocido como “paradoja de la discapacidad” ya que existen personas con discapacidades graves que presentan un nivel de calidad de vida alto en comparación con personas con calidad de vida reportada como mala y en realidad es todo lo contrario, dicho por personas con juicio de evaluadores externos, además de que existen factores externos que pueden influir en el resultado final de una evaluación de la calidad de vida (Sánchez Pedraza, 2017)

En el área de la salud no es apto abordar la calidad de vida de la paciente desde su punto de vista basado en su diagnóstico, tratamiento y complicaciones, para ello, existen instrumentos validados para entender la calidad de vida con el único objetivo de extender la vida y mejorar la calidad de esta. Existen variaciones que pueden alterar la calidad de vida; pacientes graves con poca disposición a contestar cuestionarios y la influencia del área afectiva y su apreciación al

momento de leer y contestar la encuesta, sin embargo, sus ventajas son mayores que sus desventajas (Olivares Tapie, 2019)

III.2.1. Escala o Instrumento de medición de la calidad de vida.

Con la finalidad de evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama se emplea la escala de la EORT QLQ 30, creada por “European organization for reseach and treatment of cáncer quality life” con una confiabilidad del instrumento calculando la consistencia interna con el coeficiente α de Cronbach, para el cuestionario de 0.83, el cuestionario es válido, cumple con criterios de fiabilidad y validez institucional, validado para ser aplicado en más de 80 idiomas, validado en el año 2010 en la población mexicana, siendo la versión mexicano-español un instrumento con validación para mujeres con cáncer de mama el cual está compuesto por 30 preguntas en relación a aspectos físicos, emocionales, sociales, el nivel de funcionalidad de las pacientes con cáncer de mama.

El cuestionario está conformado por 5 escalas de funcionamiento; funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social, actividades cotidianas, 3 escalas de síntomas en relación a fatiga, dolor, náuseas, vómito, 1 escala de estado global de salud y 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico) (Garcia Rivero, 2017) Se obtiene una puntuación entre 0 a 100, distintos subestados, un puntaje igual o menor a 50, cataloga la calidad de vida como “buena”, y un puntaje igual o mayor a 51 puntos, la calidad de vida es “mala” (Bedoya Carvajal, 2021)

Se otorgó el mismo valor a cada ítem, considerando que, a mayor puntaje en el área de funcionamiento, estado global de salud y los 6 ítems independientes se obtiene buena calidad de vida y en relación con los síntomas, a mayor puntaje peor calidad de vida. El cuestionario se califica utilizando los procesos

establecidos previamente por la EORT QLQ 30 en un archivo a utilizar en el sistema SPSS, obteniendo así los resultados homogéneos.

III.3. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se definen como “las atenciones para mejorar la calidad de vida de pacientes terminales, intentando prevenir o aliviar el dolor a través de la temprana identificación, evaluación y medidas terapéuticas del dolor, y/o alteraciones físicas, psicológicas o espirituales”. Los cuidados paliativos alcanzan su mayor eficacia cuando se consideran en una etapa inicial de la enfermedad, mejorando de igual manera la calidad de vida de los cuidadores (Paho, 2021)

La International Association of Hospice and Palliative Care define a los cuidados paliativos como asistencia activa, holística a personas de diferentes edades con sufrimiento severo, relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, en especial de quienes están en la etapa final de la vida, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y cuidadores, basados en la prevención, evaluación integral, detección temprana, control de problemas físicos, síntomas angustiantes, psicológicos, sociales y espirituales.(Cardenas Sánchez, 2021)

A nivel mundial, anualmente 40 millones de personas necesitan atención médica paliativa, el 78 % habitan en países de bajos y medianos ingresos, solo el 14% a nivel mundial recibe asistencia paliativa. Los cuidados paliativos pueden mejorar en un 90 % los problemas psicológicos, físicos y espirituales en pacientes con cáncer avanzado.²⁷ Tanto la atención al final de la vida como los cuidados paliativos, alivian la calidad de vida de las pacientes y de familiares, al enfrentar los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales que la enfermedad conlleva (Paliativos C, 2021)

EL dolor es uno de los principales síntomas relacionados a la enfermedad terminal, el 80 % de pacientes con cáncer presentan dolor en etapas terminales, siendo los opiáceos los medicamentos de primera elección, la morfina es la más prescrita, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida y la calidad de muerte (Sarmiento Medina, 2019)

Los cuidados paliativos y su modelo de atención son un conjunto de acciones encaminadas a dar respuesta conjunta a las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, familiares, sociales y espirituales del paciente, deben ser administrados en cualquier nivel de atención de salud, que incluye (pero no limita) un médico, enfermera, psicólogo, nutriólogo, trabajador social, consejero, farmacéutico y por equipos específicos en situaciones complejas, con una atención bidireccional (Sarmiento Medina, 2019)

Un modelo de atención médica paliativo permite; un abordaje de las necesidades del paciente de manera multidisciplinaria en los tres niveles de atención, atención integral del paciente y su familia, en los aspectos físicos, psicológicos, familiares, espirituales y sociales, atención a pacientes que requieran manejo del dolor u otros síntomas, procurar atención domiciliaria (Sarmiento Medina, 2019)

De igual manera, el modelo de atención médica ofrece; manejo de la salud mental y espiritual en conjunto con los servicios médicos y psicológicos, formación continua y actualizada de recursos humanos en cuidados paliativos, promover la investigación en el campo y su divulgación, implementación y desarrollo de estándares para la atención en cuidados paliativos que permitan la generación de indicadores de monitoreo, procesos de calidad con fines de evaluación y vigilancia (Nom-041-SSA2- NOM)

La espiritualidad es considerada como la esencia de una persona, como una búsqueda de sentido y propósito de la vida, es única, personal y dinámica, pudiendo cambiar según la percepción individual y los momentos de la vida. Por lo tanto, algunos pacientes en cuidados paliativos buscan la espiritualidad/religión como un método de ayuda para brindar esperanza, fe en la recuperación y recuperar el estado de salud (Meneguín S, 2018)

El diagrama de flujo de la Guía de Práctica Clínica, Guía de Referencia Rápida actualizada en 2017 de los Cuidados Paliativos del Adulto Mayor, un paciente oncológico o no oncológico con una enfermedad progresiva que no esté en terapia curativa de la enfermedad debe recibir cuidados paliativos ya sea en su casas de cuidados para enfermedad terminal (hospicios), centros para adultos mayores, domicilio, hospitales, con una valoración que nos proporcionará pronóstico de supervivencia y evaluación de los síntomas (Guía de Práctica Clínica)

Además, control de síntomas; dolor, astenia, adinamia, anorexia, caquexia, síntomas digestivos, respiratorios, urinarios y neuropsiquiátricos, acciones para mejorar en la calidad de vida como; vías de administración, valoración del estado funcional, piel y mucosas, rehabilitación paliativa, apoyo psicológico y social, apoyo emocional y espiritual, apoyo tanatológico a pacientes y familiares, acciones ante situaciones de urgencia (convulsiones, hemorragia), por último, sedación paliativa (Guía de Práctica Clínica)

Un enfoque de los cuidados paliativos no solo es la atención de los pacientes en fase terminal, sino que en aquellos que recientemente son diagnosticados con la enfermedad ya que pueden otorgar gran cantidad de ventajas, principalmente en la calidad de vida, al igual que previenen y alivian el sufrimiento por medio de una adecuada atención, evaluación y tratamiento del dolor, de los problemas físicos, psicológicos y emocionales (Azevedo C, 2017)

La sociedad Española de Cuidados Paliativos considera la enfermedad terminal como una enfermedad progresiva e incurable con ausencia de respuestas al tratamiento específico, con problemas físicos, multifactoriales en constante cambio que impactan en el estado emocional del paciente, familiares y equipo de salud con un pronóstico de vida limitado (Hernández Bello, 2017)

Existe una diferencia entre la atención médica curativa y la paliativa, en la atención médica paliativa uno de sus principales objetivos es el cuidado de la paciente, reafirmando su vida y entendiendo la muerte como una realidad, por lo tanto, los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de las pacientes y sus familiares ante una enfermedad devastadora por medio de la prevención, alivio del dolor o sufrimiento, apreciación de la cultura, espiritualidad, creencias y valores (Meneguín S, 2018)

Los cuidados paliativos alcanzan su mayor eficacia cuando se consideran en una etapa inicial de la enfermedad. En las pacientes con cáncer de mamá, la integración de los cuidados paliativos puede impactar positivamente en la calidad de vida, ya que el tratamiento médico no siempre contribuye al alivio de los síntomas ni a la prevención de la progresión de la enfermedad, por lo tanto, los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida.

Los componentes esenciales de los cuidados paliativos deben incluir construcción y relaciones con pacientes y cuidadores familiares, manejo de los síntomas, la angustia y el estado funcional (ejemplo, dolor, disnea, náusea, estreñimiento, fatiga del sueño, etc.), comprensión y educación de la enfermedad y su pronóstico, aclarar los objetivos del tratamiento, evaluación y apoyo de las necesidades de afrontamiento, asistencia en la toma de decisiones médicas, interconsulta con otros especialistas, criterios de referencia y contrarreferencia (Westbrook, 2021)

Ante la necesidad de una mayor cobertura en la atención de los Cuidados Paliativos, puede verse apoyada en la atención del médico de familia ya que está en la capacidad de atender a pacientes en el final de la vida, con o sin la presencia de un médico paliativista, sin embargo, la combinación entre un equipo paliativista y un médico de atención primaria constituye un enfoque sostenible y rentable con un alcance mayor en los servicios de salud (Sarmiento Medina, 2019)

IV. Hipótesis

Ho: El porcentaje de pacientes con cáncer de mama que reportan calidad de vida buena es del 70% o menos en las pacientes que reciben cuidados paliativos en comparación con el 40% de las que no reciben cuidados paliativos.

Ha: El porcentaje de pacientes con cáncer de mama que reportan calidad de vida buena es mayor del 70% en las pacientes que reciben cuidados paliativos en comparación con más del 40% de las que no reciben cuidados paliativos.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

- Determinar la asociación entre la calidad de vida y los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama.

V.2 Objetivos específicos

- Determinar la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama atendidas en la UMAA.
- Determinar los cuidados paliativos de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama atendidas en la UMAA.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, transversal comparativo.

VI.2 Población

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama ya confirmado por estudio histopatológico que acuden a la UMAA.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones, tomando como valor para $p_0 = 40\%$, que corresponde al porcentaje de pacientes con mala calidad de vida con cáncer de mama y para $p_1 = 70\%$, que corresponde al porcentaje de pacientes con buena calidad de vida con cáncer de mama.

$$n = \frac{(z_\alpha + z_\beta)^2 * (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Z_α : Nivel de confianza del 95% que corresponde a 1.64

Z_β : Poder de prueba del 80% que corresponde a 0.842

p_1 : 0.70.

q_1 : $1 - 0.70 = 0.30$

p_2 : 0.40. HIPOTESIS.

q_2 : $1 - 0.40 = 0.60$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 * ((0.70)(0.30) + (0.40)(0.60))}{(0.70 - 0.40)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 * (0.21 + 0.24)}{(0.30)^2}$$

$$n = \frac{6.16 * 0.45}{0.09}$$

$$n = \frac{2.77}{0.09}$$

$$n = 30.7$$

n = 31, por cada grupo.

Técnica muestral: No probabilístico por casos consecutivos.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, confirmado por estudio histopatológico independiente de la etapa de la enfermedad y la fecha de diagnóstico, con y sin atención médica paliativa. Se excluyeron a pacientes con alguna patología de base como diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, depresión y ansiedad, previamente diagnosticadas, que pudieran afectar la calidad de vida de las pacientes. Se eliminaron pacientes con encuestas incompletas.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron las siguientes variables sociodemográficas: edad, religión, escolaridad, estado civil, ocupación; y variables clínicas como estadio de cáncer, calidad de vida y cuidados paliativos.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para estimar calidad de vida, se aplicó el instrumento QLQ-C30 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), diseñado para evaluar la calidad de vida de las pacientes con cáncer.

El instrumento está integrado por 30 ítems que valora la calidad de vida de pacientes con cáncer en las siguientes escalas funcionales (funcionamiento físico, emocional, cognitivo, social y actividades cotidianas) 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómito) y una escala de estado de salud global/calidad de vida y 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea y problemas financieros). Evaluados en la última semana previa a su aplicación.

El instrumento cuenta con una escala de cuatro puntos, codificados con las mismas categorías de respuesta que los ítems 6 a 28, a saber, “nada”, “un poco”, “bastante” y “mucho”. La escala propone dicotomizar las puntuaciones de 100 a 51 en “Buena calidad de vida” y de 50 a 0 “mala calidad de vida”.

Un puntaje alto (51 a 100 puntos)_para una escala de funcionalidad representa un alto/saludable nivel de funcionamiento. Un puntaje alto para el estado de salud global representa una calidad de vida alta. Un puntaje alto para una escala de síntomas representa un alto nivel de síntomas, al contrario de las demás escalas, un puntaje bajo en síntomas representa una mejor calidad de vida.

Para conocer a las pacientes con y sin cuidados paliativos se procedió a revisar el expediente clínico electrónico de pacientes con cáncer de mama, para determinar quien acude a clínica del dolor y quienes están en tratamiento médico farmacológico.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización del proyecto por el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS), se solicitó autorización a la dirección de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria número 1, Querétaro, para realizar el estudio. Se solicitó el listado de pacientes con cáncer de mama que no reciben cuidados paliativos al personal de enfermería encargado del área de quimioterapia.

Las pacientes fueron identificadas una vez que llegaban al área de quimioterapia, durante su tratamiento, se abordó a las pacientes para invitarlas a participar en el estudio, explicando de forma amplia y clara el objetivo del estudio, se leyó de manera clara el consentimiento informado dando tiempo para contestar dudas, una vez firmado, se procedió a la aplicación de una hoja de recolección de datos e instrumento QLQ-C30. Se hizo revisión del expediente clínico para identificar las variables clínicas a estudiar como es el estadio de cáncer.

En pacientes con una mala percepción de la calidad de vida se les hacía la recomendación de acudir a su Unidad de Medicina Familiar para solicitar ayuda médica de ser necesario o en su caso acudir a trabajo social o con asistente médica para reagendar una próxima cita con médico tratante de la manera más pronta posible.

Para el grupo de pacientes con cáncer de mama y cuidados paliativos, durante la consulta en clínica del dolor, se identificaron a pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, previo consentimiento informado, leído de manera pausada y clara, se aplicó una hoja de recolección de datos y una encuesta QLQ-C30, dando el tiempo necesario para contestar de la manera más honesta y precisa posible.

Pacientes con una percepción mala de la calidad de vida se hacía mención a médico paliativista quien en su momento realiza las intervenciones necesarias y pertinentes a cada caso en específico, desde orientación médica, manejo sintomático, orientación psicológica o tanatológica con seguimiento continuo, apoyados del equipo multidisciplinario.

VI.5.1 Análisis estadístico

La información obtenida se organizó en una base de datos de Excel, para su posterior análisis estadístico en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se aplicó estadística descriptiva con porcentajes y frecuencias

Para establecer la asociación entre calidad de vida y cuidados paliativos se utilizó Chi², OR e intervalo de confianza (IC) del 95 %.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En este estudio se consideró la reglamentación ética vigente al ser evaluado por un comité de investigación local en salud, con la revisión, evaluación y aprobación de dicho estudio.

La información solo se utilizó para el cumplimiento de los objetivos establecidos en este estudio. De acuerdo con la Declaración de Helsinki 2013 se consideró y respetó el artículo 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”.

De igual manera fue considerado el artículo 24 “deben tomarse toda clase de precauciones para regular la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal, para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación, sobre su integridad física, mental y social”

En este estudio se aplicó la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para ejecución de proyectos para la salud en seres humanos. Según lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el artículo 17, se cataloga en la categoría II; Investigación con riesgo mínimo ya que por las características del instrumento aplicado se tratan aspectos psicológicos y sensitivos de la conducta, se trabajó de manera directa aplicando cuestionarios con previa autorización y firma de consentimiento informado.

De acuerdo con el informe Belmont, “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación” la investigación cumple con los principios de respeto, beneficencia y justicia.

VII. Resultados

El estudio incluyó a 62 participantes con diagnóstico previo de cáncer de mama, los cuales conformaron dos grupos: con y sin cuidados paliativos.

En ambos grupos, el rango de edad de 50 a 60 años predominó en un 32.3% (10) y la religión católica en un 83.9 % (26). En el grupo de pacientes con cuidados paliativos el 35.5% (11) concluyó la primaria, 61.3% (19) se reportaron casadas, y 87.1% eran amas de casa. En el grupo sin cuidados paliativos 32.3% (10) terminó la licenciatura, 61.3% (19) eran casadas y el 61.3% (19) eran amas de casa. Cuadro VII.1

El estadio clínico que predominó en el grupo con cuidados paliativos fue IIA 19.4% (6), seguido de los estadios clínicos IB, IIIA, IIIC 12.9% (4). En el grupo sin cuidados paliativos predominó el estadio IIIA en un 38.7% (12) seguido del estadio IIA en 19.4 % (6). Cuadro VII.2

En el grupo de pacientes que recibieron cuidados paliativos 41.9% (13) tenían buena calidad de vida, comparado con el 71.0 % (22) del grupo control, mala calidad de vida en pacientes con cuidados paliativos en 58.1% (18) comparado con el grupo control 29.0% (9), con asociación estadísticamente significativa, Chi^2 5.31, p valor = 0.02, OR 3.44 (IC 95% 1.19-10). Por cada 3.44 pacientes sin cuidados paliativos con buena calidad de vida, 1 paciente con cuidados paliativos tendrá buena calidad de vida. Cuadro VII.3

En las escalas de funcionalidad donde a mayor puntaje, mayor calidad de vida, en pacientes con cuidados paliativos se obtuvo buena calidad de vida en el funcionamiento físico con un 83.9 % Chi^2 0.5, p valor = 0.35, OR. 1.81 (IC95%, 0.39- 8.33), con mala calidad de vida en el rol emocional con 38.7% (12) Chi^2 1.8 p valor = 0.13 OR 2.17, (IC95%, 0.71-6.66), en pacientes sin cuidados paliativos se obtuvo buena calidad de vida en un 93.5% Chi^2 5.4, p valor = 0.02, OR. 6.25 (IC95%,1.16- 33.3) en actividades cotidianas, mayor porcentaje de mala calidad

de ven funcionamiento social en 25.8% (8) Chi^2 1.1, p valor = 0.20, OR. 1.81 (IC 95%,0.61-5.55).

Por cada 1.81 pacientes con buena calidad de vida con buen funcionamiento físico, 1 paciente sin cuidados paliativos tendrá buena calidad de vida en este funcionamiento. Por cada 2.17 pacientes con cuidado paliativo con mala calidad de vida en rol emocional, 1 paciente sin cuidado paliativo tendrá mala calidad de vida en este rol. Por cada 6.25 pacientes sin cuidados paliativos con buena calidad de vida en actividades cotidianas, 1 paciente con cuidados paliativos presentará buena calidad de vida en esta área y por cada 1.81 pacientes sin cuidado paliativo con mala calidad de vida en función social, 1 paciente con cuidado paliativo tendrá mala calidad de vida en la función social. Con asociación estadísticamente significativa entre las variables. Cuadro VII.4

En la dimensión de síntomas, dónde a mayor puntaje peor calidad de vida, se observó que en el grupo con cuidado paliativo presentan buena calidad de vida en el síntoma náusea y vómito 16.1% (5) Chi^2 5.4, p valor = 0.02. y peor calidad de vida en fatiga con 29.0 % (9) Chi^2 14.5, p valor = 0.00, OR 8.38 (IC 95% 2.66-26.32), en comparación al grupo control, en tanto que por cada 8.38 pacientes con cuidado paliativo que presentan mala calidad de vida en fatiga, 1 paciente sin cuidado paliativo presentará dicho síntoma. Cuadro VII.5.

En relación con los 6 ítems independientes, en pacientes con cuidados paliativos presentan buena calidad de vida en disnea 96.8% (30) Chi^2 1.0, p valor 0.05 y diarrea 83.9% (26) Chi^2 5.4, p valor = 0.02 en comparación con el grupo control, encontrando evidencia estadísticamente significativa entre pacientes sin cuidado paliativo y calidad de vida buena en estos síntomas. Se observó mala calidad de vida en pacientes con cuidados paliativos en pérdida de apetito 51.6% (16) Chi^2 15.3, p valor = 0.00, OR 15.46, (IC95%, 3.13-76.35). Entendiendo que por cada 15.46 pacientes que tienen cuidados paliativos y mala calidad de vida en pérdida de apetito, 1 paciente sin cuidado paliativo presentará mala calidad de

vida en pérdida de apetito. En pacientes sin cuidados paliativos se observó una calidad de vida mala en dificultades financieras en un 25.8% (8) Chi^2 4.3, p valor= 0.03, OR. 3.06, (IC95%, 2.03-25.49), por lo tanto, por cada 3.06 pacientes sin cuidado paliativo con dificultades financieras, 1 paciente con cuidado paliativo presentará dificultades financieras. Cuadro VIII.6

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas.

Variables sociodemográficas	Cuidados paliativos n=62					
	Con			Sin		
	F	%	IC	F	%	IC
Edad (años)						
30-40	0	0.0	-	3	9.7	2.3-17.1
40-50	5	16.1	7.0-25.2	8	25.8	14.9-36.7
50-60	10	32.3	20.7-43.9	10	32.3	20.7-43.9
60-70	10	32.3	20.7-43.9	7	22.6	12.2-33.0
70-80	6	19.4	9.6-29.2	3	9.7	2.3-17.
Religión						
Ninguna	2	6.5	0.4-12.6	3	9.7	2.3-17.1
Católica	26	83.9	74.8-93.0	26	83.9	74.8-93.0
Cristiana	3	9.7	2.3-17.1	2	6.5	0.4-12.6
Escolaridad						
Sabe leer y escribir	2	6.5	0.4-12.6	0	0.0	-
Primaria	11	35.5	23.6-47.4	5	16.1	7.0-25.2
Secundaria	4	12.9	4.6-21.2	8	25.8	14.9-36.7
Bachillerato	4	12.9	4.6-21.2	5	16.1	7.0-25.2
Técnico	8	25.8	14.9-36.7	3	9.7	2.3-17.1
Licenciatura	2	6.5	0.4-12.6	10	32.3	20.7-43.9
Estado civil						
Soltero	5	16.1	7.0-25.2	4	12.9	4.6-21.2
Unión libre	2	6.5	0.4-12.6	3	9.7	2.3-17.1
Casado	19	61.3	49.2-73.4	19	61.3	49.2-73.4
Viudo	5	16.1	7.0-25.2	5	16.1	7.0-25.2
Ocupación						
Empleado	0	0.0	-	8	25.8	14.9-36.7
Obrero	1	3.2	1.2-7.6	2	6.5	0.4-12.6
Profesionista	0	0.0	-	1	3.2	1.2-7.6
Ama de casa	27	87.1	78.8-95.4	19	61.3	49.2-73.4
Jubilado	3	9.7	2.3-17.1	1	3.2	1.2-7.6

Fuente: Pacientes con cáncer de mama atendidas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria Numero 1, Querétaro, Querétaro.

Cuadro VII.2 Estadio clínico de cáncer de mama y cuidados paliativos

Características clínicas	Cuidados paliativos						n=62
	Con			Sin			
Estadios clínicos	F	%	IC	F	%	IC	
Estadio IA	2	6.5	0.4-12.6	1	3.2	1.2-7.6	
Estadio IB	4	12.9	4.6-21.2	1	3.2	1.2-7.6	
Estadio IIA	6	19.4	9.6-29.2	6	19.4	9.6-29.2	
Estadio IIB	3	9.7	2.3-17.1	1	3.2	1.2-7.6	
Estadio IIIA	4	12.9	4.6-21.2	12	38.7	26.6-50.8	
Estadio IIIB	5	16.1	7.0-25.2	2	6.5	0.4-12.6	
Estadio IIIC	4	12.9	4.6-21.2	4	12.9	4.6-21.2	
Estadio IV	3	9.7	2.3-17.1	4	12.9	4.6-21.2	

Fuente: Pacientes con cáncer de mama atendidas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria Numero 1, Querétaro, Querétaro.

Cuadro VII.3 Asociación entre estado de salud global y cuidados paliativos.

Calidad de vida	Cuidados paliativos				OR (IC 95%)	X ²	P
	Con		Sin				
	F	%	F	%			
Estado global de salud							
Buena	13	41.9	22	71.0	3.44 (1.19-10)	5.3	.02
Mala	18	58.1	9	29.0			

Fuente: Pacientes con cáncer de mama atendidas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria Numero 1, Querétaro, Querétaro.

Cuadro VII.4 Asociación entre funcionalidad y cuidados paliativos

Calidad de vida		Cuidados paliativos				n=62		
		Con		Sin		OR (IC 95%)	X ²	P
Áreas de funcionalidad		F	%	F	%			
Funcionamiento físico	Buena	26	83.9	28	90.3	1.81 (0.39- 8.33)	0.5	.35
	Mala	5	16.1	3	9.7			
Actividades cotidianas	Buena	22	71.0	29	93.5	6.25 (1.16- 33.3)	5.4	.02
	Mala	9	29.0	2	6.5			
Rol emocional	Buena	19	61.3	24	77.4	2.17 (0.71- 6.66)	1.8	.13
	Mala	12	38.7	7	22.6			
Función cognitiva	Buena	25	80.6	28	90.3	2.27 (0.50-10)	1.1	.23
	Mala	6	19.4	3	9.7			
Función social	Buena	19	61.3	23	74.2	1.81 (0.61- 5.55)	1.1	.20
	Mala	12	38.7	8	25.8			

Fuente: Pacientes con cáncer de mama atendidas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria Numero 1, Querétaro, Querétaro.

Cuadro VII.5. Asociación entre sintomatología y cuidados paliativos.

Calidad de vida		Cuidados paliativos				OR (IC 95%)	X ²	P
		Con		Sin				
Áreas de síntomas		F	%	F	%			
Fatiga	Buena	22	71.0	7	22.6	8.38 (2.66-26.32)	14.5	.00
	Mala	9	29.0	24	77.4			
Náuseas y vómitos	Buena	5	16.1	0	0.0		5.4	.02
	Mala	26	83.9	31	100.0			
Dolor	Buena	16	51.6	4	12.9	7.20 (2.03-25.49)	10.6	.00
	Mala	15	48.4	27	87.1			

Fuente: Pacientes con cáncer de mama atendidas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria Número 1, Querétaro, Querétaro.

Cuadro VII.6 Asociación entre sintomatología relacionada a calidad de vida y cuidados paliativos.

Calidad de vida	Cuidados paliativos				OR (IC 95%)	X ²	P	
	Con		Sin					
		F	%	F	%			
Disnea	Buena	1	3.2	0	0.0		1.0	.50
	Mala	30	96.8	31	100.0			
Insomnio	Buena	14	45.2	5	16.1	4.28 (1.30-14.07)	6.1	.01
	Mala	17	54.8	26	83.9			
Pérdida de apetito	Buena	16	51.6	2	6.5	15.46 (3.13-76.35)	15.3	.00
	Mala	15	48.4	29	93.5			
Constipación	Buena	16	51.6	3	9.7	9.95 (2.49-39.70)	12.8	.00
	Mala	15	48.4	28	90.3			
Diarrea	Buena	5	16.1	0	0.0		5.4	.02
	Mala	26	83.9	31	100.0			
Dificultades financieras	Buena	16	51.6	8	25.8	3.06 (1.05-8.93)	4.3	.03
	Mala	15	48.4	23	74.2			

Fuente: Pacientes con cáncer de mama atendidas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria Numero 1, Querétaro, Querétaro.

VIII. Discusión

Durante la evolución del cáncer de mama, la calidad de vida de las pacientes puede verse afectada.

El presente estudio determinó una edad predominante entre 50 – 60 años, dato que coincide con el estudio de Gómez, (2019), quien estudio calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en población mexicana, donde se encontró que la edad prevalente fue de 55 años, lo anterior debido a que es la edad donde los factores de riesgo se hacen más evidentes.

En el grupo de pacientes con cuidados paliativos se observó que concluyeron la escolaridad primaria a diferencia del grupo control quienes concluyeron la licenciatura. Basado en la escolaridad, un nivel de estudios bajo representa mayor limitación para el acceso a los servicios de salud. Salas Rivas, (2019).

La percepción de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama puede verse afectada por la edad, religión, escolaridad, estado civil, el día a día de sus actividades, el nivel de educación y la posibilidad de acceso a los servicios de salud. Silva LdS (2019). En el grupo de pacientes con cuidados paliativos predominó la religión católica, el estado civil casada, ocupación; ama de casa, un perfil común en la población mexicana, posiblemente relacionado con la densidad de la población, distribución geográfica, factores de riesgo y las políticas de Salud Pública, caso similar al estudio de Gómez, (2019)

En el estadio clínico, se observó que en el grupo sin cuidados paliativos se presentó con mayor frecuencia el estadio clínico IIA, seguido de IIB en 19.46% mismo panorama reportado por Gómez-Villarroya L (2021) quien estudio a 257 pacientes con cáncer de mama en el servicio de oncología en Barcelona, España, de las cuales el 27.4% presentaron estadio clínico IIA. Caso contrario de pacientes con cuidados paliativos, predominó el estadio clínico IIIA. Aguirre-Loaiza (2017)

describe que los puntajes de calidad de vida son bajos en estadios clínicos avanzados, sin embargo, en comparación con los estadios iniciales no se encuentra significancia estadística por lo tanto la calidad de vida no difiere según los estadios oncológicos.

Pacientes con cuidados paliativos presentan peor calidad de vida a comparación del grupo control, resultado similar a Silva LdS (2019), quien reporta diferencia significativa de mejor calidad de vida en el tratamiento curativo a diferencia del cuidado paliativo exclusivo. Meneguín, S (2018) concluye que la calidad de vida es subjetiva, influenciado por las repercusiones del proceso salud-enfermedad, ligado a valores personales, lo cual puede orientar acciones basadas en las necesidades reales de estos pacientes.

Se observó que las pacientes que no reciben cuidados paliativos tienen mejor calidad de vida, concluyendo que no son aptas para recibirlos, ya que con la atención médica que tienen, es suficiente para mantener una calidad de vida buena, sin embargo, paciente con cuidados paliativos presentan mala calidad de vida derivado a sus necesidades médicas donde el tratamiento farmacológico no mejora su estado global de salud y es necesario paliar sus síntomas para mejorar su calidad de vida.

Olivares, T (2018) estudió a 100 mujeres con cáncer de mama para observar su calidad de vida, concluyó que la percepción de la calidad de vida en el funcionamiento físico es de 98% y social 77%, lo mismo obtenido en este estudio, en pacientes que reciben cuidados paliativos presentan mejor calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física. Pacientes sin cuidados paliativos presentan peor calidad de vida en funcionamiento social derivado del aislamiento secundario al proceso de quimioterapia con efectos secundarios desfavorables los cuales afectan de manera negativa su percepción de imagen corporal por lo que evitan de alguna manera ser vistas por la sociedad.

Mejía, R (2020) estudió a 80 mujeres con cáncer de mama para evaluar su calidad de vida, como resultado obtuvo que los síntomas más relevantes fueron fatiga e insomnio lo que resulta igual a lo observado en esta investigación, el grupo de pacientes con cuidados paliativos presentan en mayor frecuencia fatiga seguido de dolor, aunado a la pérdida de apetito que puedan sufrir llevándolas a un estado catabólico que no mejore con facilidad y empeore su calidad de vida.

El rol emocional de las pacientes con cáncer de mama y cuidados paliativos se ve influenciada por la evolución durante el diagnóstico, la variación en los tratamientos, asumiendo en muchas ocasiones el papel de esposa, madre, trabajadora, proveedor principal, sentimientos y emociones desfavorables ante su situación actual, disminución de su capacidad funcional. Mejía, R (2020).

La escala de medición QLQ-C30 de la EORTC utilizada para evaluar la calidad de vida de los pacientes fue seleccionada por la cualidad de fácil aplicación, sin embargo, presenta la desventaja que evalúa cada uno de los ítems en un lapso no mayor a una semana, dejando esto la posibilidad de alterar la percepción global de su calidad de vida, debido a que algunas pacientes presentan complicaciones crónicas propias del cáncer de mama, otras reciben intervención terapéutica médico farmacológica y algunas se encuentran en su primer acercamiento al servicio de oncología al responder el cuestionario.

Considerando que el objetivo de los cuidados paliativos es disminuir los síntomas, sin embargo, son pacientes que presentan sintomatología secundaria a efectos adversos de tratamientos, síntomas propios de la progresión de la enfermedad como metástasis óseas, hepáticas y a sistema nervioso central, lo que disminuye su funcionalidad, todo esto afectará su economía, acceso a los servicios de salud y menos acciones de cuidado con un impacto negativo en su calidad de vida y salud mental. García, M (2020).

El presente estudio tiene como debilidad la evaluación de la calidad de vida con un instrumento que interroga cada dimensión una semana previa a su aplicación, dejando aún lado el conjunto de factores que afectan de manera global la calidad de vida de las pacientes. Se identificó como área de oportunidad, estudiar a paciente con las mismas características sociodemográficas, clínicas y con la misma atención médica, para poder evaluar la calidad de vida en grupos homogéneos.

Se concluye como fortaleza conocer cuáles son las necesidades de cada paciente con cáncer de mama englobadas en diferentes grupos, quienes tenían aún opciones de tratamiento médico y farmacológico y de las pacientes que ya no tenían opción de tratamiento curativo, lo que permite individualizar la atención médica con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

IX. Conclusiones

Se observó asociación estadísticamente significativa en pacientes sin cuidados paliativos y calidad de vida. Sin embargo, en las pacientes que recibieron cuidados paliativos existió una mejoría en la dimensión de función física y síntomas náusea y vómitos, disnea y diarrea.

IX. Propuestas

Relacionado con el perfil del médico familiar se realizan las siguientes propuestas.

A nivel asistencial se propone a los médicos familiares reafirmar la identificación de factores de riesgo y protectores para cáncer de mama, además realizar acciones pertinentes sobre aquellos factores que sean modificables. Una vez diagnosticada la enfermedad, se sugiere la aplicación de un instrumento para identificar la calidad de vida de la paciente, durante alguna consulta de seguimiento, y realizar acciones anticipatorias en quienes lo ameriten.

A nivel administrativo se propone, fortalecer la comunicación entre los tres niveles de atención médica, para tener identificadas a las pacientes y que el seguimiento con su Médico Familiar no se vea interrumpido, quien puede darle continuidad a la evolución de su padecimiento desde una esfera biológica, psicológica y socio familiar, y por lo tanto contribuir a mejorar su calidad de vida.

A nivel educativo se propone, difundir los resultados de la presente investigación en sesiones académicas, con el fin de identificar las áreas de mejora durante la atención de las pacientes que padecen cáncer de mama, valorándolas de manera integral y continúa. Sin dejar a un lado la educación para la salud que se debe dar a la población en general sobre el padecimiento. Una vez diagnosticada la enfermedad seguir educando a la paciente y poder emplear oportunamente las opciones de tratamiento, con el fin de mantener o restablecer en lo posible su calidad de vida.

En el área de investigación, se propone realizar un estudio de cohorte, donde se estudien pacientes con cáncer de mama y cuidados paliativos con la finalidad de conocer su evolución y el impacto en su calidad de vida durante un periodo de tiempo determinado.

X. Bibliografía

1. Aguirre-Loaiza, H., Núñez, C., Navarro, A., & Cortés, S. (2017). Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el FACT-B Y SF-36. *Psychologia*, 11(1), 109-120.
2. Altuve Burgos, JJ. AAP. Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y progresión de enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicología y Salud*, vol. 32, núm. 1 , 137-149, enero - junio de 2022. ISSN: 1405-1109.
3. Al Qadire, M., Alsarairah, M., Alomari, K., Aldiabat, KM, Al-Sabei, S., Al-Rawajfah, O. y Aljezawi, M. (2021). Grupos de síntomas predictivos de la calidad de vida entre mujeres jordanas con cáncer de mama. *Seminarios de Enfermería Oncológica* , 37 (2), 151144. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151144>.
4. Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03245. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>
5. Bedoya-Carvajal OA, Cardona-Arango D, Segura-Cardona AM, Mera-Mamian AY. Dimensiones de la medición de la calidad de vida en personas trans: una revisión sistemática. *Hacia. Promoc. Salud*. 2021; 26 (1): 37-51 DOI: 10.17151/hpsal.2021.26.1.5
6. Cáncer de mama [Internet]. Who.int. [citado el 4 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
7. Carbajal Irigoyen J, Ayala González F, Cuevas Gutiérrez JE. Análisis de biopsia de mama, por aspiración con aguja fina, guiadas por imagen. *Anales de Radiología México*. 2017 octubre;16(4);312-319.

8. Cárdenas Sánchez, J. Consenso mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología*. Julio 2021; 20 (Suppl 2) DOI: 10.24875/j.gamo.M21000213.
9. Chavez-MacGregor M, Mittendorf EA, Clarke CA, Lichtensztajn DY, Hunt KK, Giordano SH. Incorporating Tumor Characteristics to the American Joint Committee on Cancer Breast Cancer Staging System. *Oncologist*. 2017 Nov;22(11):1292-1300. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0116. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28592619; PMCID: PMC5679819.
10. Cuidados paliativos [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
11. Cuidados paliativos en pacientes adultos. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC>.
12. Dawn L. Lovelace, CNM, FNP-C, DNP, Linda R. McDaniel, CNM, DNP, Dwynn Golden, CNM, DNP. Efectos a largo plazo de la cirugía, el tratamiento y la atención a los sobrevivientes del cáncer de mama. *Journal of Midwifery and Women's Health* , 00:1-12 by the American College of Nurse-Midwives
13. Dorado-Roncancio EF, Vázquez – Nares JJ, Hernández – Garibay CA, García – González IJ. Supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer de mama: experiencia en una institución de Jalisco, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2020 mayo; 88(5):312-320. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i5.3555>.
14. Gómez, C. 2019. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama detectados en la unidad de medicina familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma de México.
15. Gómez-Villarroya L, Serra-Arumí C, Báez-Sáez C, Mena Cervigon M, Tous Belmonte S, Morey Cortes F, Rodríguez Bruzos E, Gil Gil M, Pernas Simón S, Vethencourt Casado A, Vázquez Fernández S, Stradella A, Falo Zamora

- C, Font Guiteras A, Desarrollo de una estrategia holística para la valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en las distintas etapas de la enfermedad. *Psicooncología* 2021; 18: 117-136. doi:10.5209/psic.74535
16. Hernández Bello E, Bueno Lozano M, Salas Ferrer P, Sanz Armunia M. Percepción de la calidad de vida y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en un grupo de pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en un hospital de Zaragoza, España. *Revista Colombiana Cancerología*. 2016;110–6.
 17. Hernández Silva MA, Olivia Ruiz Martínez A, González Escobar S, González Celis Rangel ALM. Afrontamiento, apoyo social y resiliencia asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Rev Senol Patol Mamar*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.007>
 18. Kredert, S., Huincho, B. y León, J. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama servicio ambulatorio Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima. *Rev. Curae*. Julio – diciembre 2020. Vol 3 / N° 2, pp. 1 – 16 ISSN:2709-0019.
 19. Maffuz-Aziz, A. Labastida Almedrano, S. Espejo Fonseca, A. Rodríguez Cuevas, S. Características clinopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. *Cirugía y cirujanos* . 2017;85(3):201-207.
 20. 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*. 2020;40:349-61.
 21. Meneguín S, Matos TDS, Ferreira MLSM. Percepción de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos sobre la calidad de vida. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(4):1998-2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>
 22. Martínez Sánchez YL, Medrano Guzmán R. Epidemiología del cáncer de mama. UMAE Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI. México 24 de Octubre del 2022.

23. Nom-041-SSA2- NOM, La prevención P, de mama. C y. VE del C. SECRETARIA DE SALUD [Internet]. Gob.mx. [citado el 31 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf
24. Olivares-Taipe P, Aguilar-Saenz J, Adrianzen-Tantachuco R, Revilla J, Zavaleta-Pesantes A, Martinez-Asmad G, Héctor Huapaya Cabrera A. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que acuden al Departamento de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao-2010. Horiz Med (Lima). 2019;19(4): 50-56
25. Org.mx. [citado el 5 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancer_mama20.pdf
26. Paliativos C. Guía de manejo integral de [Internet]. Gob.mx. [citado el 31 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf
27. Ramírez, K. Acevedo, F. Herrera, ME. Ibáñez, C. Sánchez, C. Actividad física y cáncer de mamá: un tratamiento dirigido. Rev méd Chile vol145 no1. 2017;75–84.
28. Ramírez, M.E. Cáncer de mama. Revista Médica Sinergia. Enero, 2018;8–12.
29. Salas Rivas P. Pousa Benavente J, Astudillo Astudillo J. Relación entre satisfacción usuaria y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Rev Chil Obstet Ginecol 2019; 84 (4): 277-286.
30. Sánchez-Pedraza R, Sierra-Matamoros F, Morales-Mesa OL. Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: un estudio transversal. Rev. colomb. obstet. ginecol. [Internet]. 31 de marzo de 2017 [citado 20 de septiembre de 2023];68(1):25-

34. Disponible en:

<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2979>

31. Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA. Rodríguez N.C., El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales, *Medicina de Familia. SEMERGEN*, Volume 45, Issue 5, 2019, Pages 349-355, ISSN 1138-3593, <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.011>.
32. Segura, L. S., Molina, F. G. & García, L. P. (2020). *Calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en cuidado paliativo de la Unidad Oncológica Surcolombiana de Neiva 2020*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/49981>.
33. Silva LdS, Lenhani BE, Tomim DH, Bittencourt PR, Kalinke LP, Quality of Life of Patients with Advanced Cancer in Palliative Therapy and in Palliative Care. *Aquichan* 2019;19(3).
34. Valderrama Rios MC, Sánchez Pedraza R. Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Rev Colomb Psiquiat*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>
35. V. Di Lauro, G. Barchiesi, F. Martorana, G. Zucchini, M. Muratore, C. Fontanella, G. Arpino, L. Del Mastro, M. Giuliano, F. Puglisi & M. De Laurentiis. Health-related quality of life in breast cancer patients treated with CDK4/6 inhibitors: a systematic review. Elsevier Ltd on behalf of European Society for Medical Oncology. Volumen 7. 16 de noviembre 2022. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2022.100629>
36. Vásquez JPL. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Health-related quality of life: Exclusion of subjectivity. 693-702: *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2); 2020.
37. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.

38. Zavaleta-Pesantes, A., Martínez-Asmad, G., & Huapaya Cabrera, AH (sin fecha) . Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que acuden al Departamento de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao 2018 / Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que acuden al Servicio de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao 2018. Horiz. Medicina. (Impresa) , 19(4): 50-56.

XI. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Calidad de vida y cuidados paliativos en cáncer de mama”

NSS:	FOLIO:
EDAD	1. _____
RELIGIÓN	1. Ninguna 2. Católica 3. Cristiana 4. Testigo de Jehová 5. Otros
ESCOLARIDAD	1. Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnico 6. Licenciatura 7. Posgrados
ESTADO CIVIL	1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo
OCUPACIÓN	1. Empleado 2. Obrero 3. Profesionista 4. Desempleado 5. Ama de casa 6. Jubilado 7. Campesino 8. Oros
ESTADÍOS CLINICOS	1. Estadío 0 2. Estadío IA 3. Estadío IB 4. Estadío IIA 5. Estadío IIB 6. Estadío IIIA 7. Estadío IIIB 8. Estadío IIIC 9. Estadío IV
CUIDADOS PALIATIVOS	1. No 2. Si

XI.3 Carta de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,
INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Buen día, me dirijo a usted con el debido respeto que se merece, soy residente de medicina familiar, me gustaría hacerle unas preguntas en relación a su estado actual y como se ha sentido en la última semana.

Nombre del estudio:	Calidad de vida y cuidados paliativos en cáncer de mama.
Lugar y fecha:	Unidad Médica de Atención Ambulatoria 1, Querétaro.
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer como se ha sentido en la última semana con respecto a su situación actual, después de haber sido diagnosticada con cáncer de mama, con la intención de evaluar su calidad de vida y ver la relación que hay entre la atención médica paliativa que usted recibe o puede recibir para poder ayudarla a mejorar si es que usted lo requiere y permite.
Procedimientos:	Se le entregará una hoja donde vienen 30 preguntas, que leeré detenidamente y usted podrá tomarse el tiempo necesario para contestarlas, si existiera alguna duda con confianza podré ayudarla a comprender, una vez obtenidos sus respuestas procederé a realizar una calificación del cuestionario y mantendré bajo confidencialidad sus datos obtenidos.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad al contestar las preguntas. Mi intención no es causarle ningún inconveniente, al contrario, deseo ayudarla. Siempre respetando sus derechos y privacidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su estado actual en relación con su calidad de vida ya sea buena o mala, recibirá asesoría por parte del personal médico, así como seguimiento y acompañamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Conocimiento de sus resultados y lo que usted pudiera hacer o a dónde acudir para mejorar su condición actual si es que así lo requiere.
Participación o retiro:	Usted puede retirarse del estudio en el momento que usted desee, sin represalias hacia usted y podrá continuar con su atención médica como hasta este momento.
Privacidad y confidencialidad:	Se respetará la privacidad de los datos obtenidos, se otorgará un número de folio a cada encuesta para evitar exhibir su nombre o que pueda ser identificada por alguien, los resultados serán dados a conocer únicamente con fines académicos o con fines científicos, además serán resguardados y desechados en su momento.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No Autorizo <input type="checkbox"/> Si Autorizo
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Estrategias para mejorar la calidad de vida.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Itzel González Garrido, residente de la Unidad de Medicina Familiar No. 16
Investigador Responsable:	Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez
Colaboradores:	Dra. Itzel González Garrido Dr. Paulo César González Sánchez
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación, localizado en La Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No 1, Ubicado en Avenida 5 de Febrero 102, Colonia Centro, C.P. 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. Teléfono: 4422112337, en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com	
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del sujeto	 Dra. Itzel González Garrido <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. * En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.	