



**Universidad Michoacana de San Nicolás
de Hidalgo**
Facultad de Enfermería



Tesis

“Calidad de Vida en cuidadores primarios de mujeres
con cáncer de mama”

Qué Para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

Presenta

Linda Anahí Pérez Rodríguez

Asesora

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Co-asesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Revisora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Morelia, Michoacán, Septiembre de 2022

i. Directivos

MSP. Julio César González Cabrera Director de la Facultad de Enfermería

MIEM. Cecilia Castro Calderón Secretaria Académica

ME. Renato Hernández Campos Secretario Administrativo

ii. Mesa sinodal

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala
Presidenta

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Primera vocal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Reséndiz
Segunda Vocal

iii. Dedicatoria

A mis abuelos Gloria Mejía Vázquez y Jorge Perez Garibay por brindarme su apoyo, motivación por sus sabios consejos y cariño incondicional, en especial en la recta final de mi Licenciatura.

A mi hermano y hermanas Jorge Cristian Perez, Gloria María Pérez y Diana Lizbeth Pérez que siempre estuvieron motivándome y escuchándome cada que se presentaban problemas y obstáculos, haciéndome ver el lado positivo de las cosas.

A mis padres Jorge Armando Perez y Lidia Rodríguez por confiar en mí y brindarme su apoyo y paciencia, guiándome por el mejor camino en cada etapa de mi vida.

iv. Agradecimientos

Agradezco a dios por todas las oportunidades que se me presentaron y medios que se me presentaron para salir adelante en mi vida.

A la Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala por su apoyo, paciencia, motivación y entrega a lo largo de mi formación académica, en especial en la recta final de mi licenciatura, por ser tan comprensiva y guiarme de la mano, aportándome sus experiencias conocimientos, contagiándome de alegría, energía y pasión para realizar presente trabajo de investigación.

A los directivos y jefes de enseñanza de “Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia” por el apoyo y facilidades brindadas para la elaboración de la investigación.

v. Resumen

Introducción. La incidencia de cáncer de mama en México en 2020 fue de 32,953 casos nuevos; 1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama en algún momento de su vida; por cada mujer afectada existe un cuidador primario para cubrir sus necesidades. Calidad de vida: situación del cuidador, características del cuidado de la persona en situación de dependencia o con discapacidad y el entorno. Cuidador primario: persona que se encarga de la mayor parte del cuidado de una persona enferma. **Objetivo general:** Analizar la calidad de vida de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama. **Metodología.** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Muestra de 80 cuidadores primarios. Aplicación instrumento: enero a marzo de 2022 en institución de segundo nivel en Morelia, Michoacán. México. Criterios de inclusión. Cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama que acompañen a la persona afectada a consulta en institución participante durante tratamiento. Criterios de exclusión: Personas que no sean los cuidadores primarios y menores de 18 años. Instrumento a utilizar: "Escala de calidad de vida The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)" de la Organización Mundial de la Salud (1998). **Resultados.** El 46.2% de los participantes que cuidaban a la mujeres que recibían quimioterapia tenían regular Calidad de Vida, el 56.26% de los cuidadores no recibieron apoyo psicológico y tuvieron regular Calidad de Vida, más de la mitad de los participantes tuvieron regular Calidad de Vida Global; la mayoría de los cuidadores eran del sexo femenino. **Discusión.** Los resultados coinciden con estudios de otros autores. **Conclusión.** La Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama es regular.

Palabras clave: Calidad de vida, Cuidadores, Cáncer de mama, Cuidado, Ambiente.

Abstract

Introduction: The incidence of breast cancer in Mexico in 2020, was 32,953 new cases; 1 in 8 women will have breast cancer at some point in their life; Quality of life: situation of the caregiver, characteristics of the care of the person in a situation of dependence or with disability and the environment. Primary caregiver: A person who takes care of a sick person's care majority of the time. **General objective:** To analyze the quality of life of primary caregivers of women with breast cancer. **Methodology.** Quantitative, descriptive study, transverse. Non-probabilistic sampling, for convenience. Sample of 80 primary caregivers. Instrument implementation: January to March 2022, in a second-level institution in Morelia, Michoacán. Mexico. Inclusion criteria. Primary caregivers of women with breast cancer who accompany the affected person to consultation in the participating institution during treatment. Exclusion criteria: People other than primary caregivers and under 18 years of age. Instrument to be used: "The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Quality of Life Scale" of the world health organization, (1998). **Results.** 46.2% of participants caring for women receiving chemotherapy had regular Quality of Life; 56.26% of caregivers did not receive psychological support and had regular Quality of Life, more than half of the participants had regulate overall quality of life. **Discussion.** The results coincide with studies by other authors.

Conclusion. The Overall Quality of Life of Women's Primary Caregivers; most of the caregivers were female. Discussion. The results coincide with studies by other authors.

Keywords: Quality of life, Caregivers, Breast cáncer, care, Environment.

vi. Índice de tablas

Tabla 1	<i>Criterios para la elección del tipo de biopsia</i>	35
Tabla 2	<i>Sistema de BIRADS</i>	36
Tabla 3	<i>Estudios del cáncer de mama</i>	39
Tabla 4	<i>Tratamiento farmacológico</i>	40
Tabla 5	<i>Poliquimioterapia</i>	41
Tabla 6	<i>Operacionalización de variables</i>	48
Tabla 7	<i>Sexo de los cuidadores primarios</i>	55
Tabla 8	<i>Edad de los participantes</i>	56
Tabla 9	<i>Estado de salud de los participantes</i>	56
Tabla 10	<i>Estado de salud de los participantes</i>	56
Tabla 11	<i>Enfermedades que presentaron los participantes</i>	57
Tabla 12	<i>Grado de estudios de los participantes</i>	57
Tabla 13	<i>Lugar de procedencia de los participantes</i>	58
Tabla 14	<i>Relacion de los cuidadores con las mujeres que padecían cáncer de mama</i>	58
Tabla 15	<i>Auto evaluación sobre la Calidad de Vida de los participantes</i>	59
Tabla 16	<i>Satisfacción del estado salud de cada participante</i>	59
Tabla 17	<i>El dolor físico le impide hacer actividades a los participantes</i>	60
Tabla 18	<i>Necesidad de un tratamiento médico en la vida diaria de los participantes</i>	60
Tabla 19	<i>Disfrute de la vida de los participantes</i>	61
Tabla 20	<i>Sentido la vida de los participantes</i>	61
Tabla 21	<i>Capacidad de concentración de los cuidadores</i>	62
Tabla 22	<i>Seguridad en la vida de los participantes</i>	62
Tabla 23	<i>Ambiente físico saludable de los cuidadores primarios</i>	63
Tabla 24	<i>Energía suficiente de los cuidadores para realizar actividades en el día</i>	63
Tabla 25	<i>Aceptación de la apariencia física de los cuidadores</i>	64
Tabla 26	<i>Dinero suficiente para cubrir necesidades de los participantes</i>	64
Tabla 27	<i>Información suficiente respecto a las necesidades de los participantes</i>	65
Tabla 28	<i>Actividades de ocio de los participantes</i>	65
Tabla 29	<i>Capacidad de los cuidadores primarios de desplazarse</i>	66
Tabla 30	<i>Satisfacción del sueño de los cuidadores</i>	66
Tabla 31	<i>Satisfacción con la habilidad para realizar actividades de los participantes</i>	67
Tabla 32	<i>Satisfacción con la capacidad de trabajo de los participantes</i>	67
Tabla 33	<i>Satisfacción de sí mismo</i>	68
Tabla 34	<i>Relaciones personales de los participantes</i>	68
Tabla 35	<i>Satisfacción de la vida sexual de los participantes</i>	69
Tabla 36	<i>Satisfacción con el apoyo de los amigos de los participantes</i>	69
Tabla 37	<i>Satisfacción de las condiciones del lugar en donde viven de los participantes</i>	70
Tabla 38	<i>Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios de los participantes</i>	70
Tabla 39	<i>Satisfacción con el transporte en la zona donde vivían los participantes</i>	71
Tabla 40	<i>Frecuencia de sentimientos negativos de los participantes</i>	71
Tabla 41	<i>Auto percepción de la Calidad de Vida de los cuidadores primarios</i>	72
Tabla 42	<i>Área salud física de los participantes</i>	72
Tabla 43	<i>Área salud psicológica de los participantes</i>	73
Tabla 44	<i>Área de relaciones sociales de los participantes</i>	73
Tabla 45	<i>Área ambiental de los participantes</i>	74

Tabla 46	<i>Calidad de Vida Global de los participantes</i>	74
Tabla 47	<i>Grado de estudios relacionado con Calidad de Vida Global de los participantes</i>	75
Tabla 48	<i>Sexo y Calidad de Vida Global de los participantes</i>	75
Tabla 49	<i>Estado civil y Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios</i>	76
Tabla 50	<i>Lugar de procedencia y Calidad de Vida Global de los cuidadores</i>	77
Tabla 51	<i>Apoyo psicológico y Calidad de Vida Global de los participantes</i>	77
Tabla 52	<i>Parentesco con la mujer que padecía cáncer de mama y Calidad de Vida Global de los cuidadores</i>	78
Tabla 53	<i>Autoevaluación de Calidad de Vida y Calidad de Vida Global de los participantes</i>	78
Tabla 54	<i>Calidad de la dimensión salud física y Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios</i>	79
Tabla 55	<i>Relaciones sociales y Calidad de Vida Global de los cuidadores</i>	79
Tabla 56	<i>Ambiente y Calidad de Vida Global de los participantes</i>	80
Tabla 57	<i>Dimensión salud psicológica Calidad de Vida Global de los cuidadores</i>	80
Tabla 58	<i>Satisfacción de la vida sexual relacionada con la Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama</i>	81
Tabla 59	<i>Autoevaluación de la Calidad de Vida y Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios</i>	81
Tabla 60	<i>Tipo de tratamiento que recibían las mujeres con cáncer de mama</i>	82
Tabla 61	<i>Tipo de tratamiento que recibieron las mujeres con cáncer de mama y Calidad de Vida Global de los cuidadores.</i>	82
Tabla 62	<i>Apoyo psicológico de los participantes</i>	83
Tabla 63	<i>Apoyo psicológico y Calidad de Vida Global de los participantes</i>	83

	vii. Índice
Capítulo I	16
I Justificación	17
1.1 Planteamiento del Problema	19
1.2 Objetivos.....	21
1.2.1 Objetivo general.....	21
1.2.2 Objetivos específicos	21
Capítulo II	22
II Marco Teórico.....	23
2.1 Calidad De Vida	23
2.1.1 Actividad Física	27
2.2 Cuidador Primario	27
2.3 Cuidados Para Pacientes Con Cáncer De Mama.....	29
2.3.1 Cuidados Para el Cuidador	30
2.4 Cáncer De Mama	31
2.4.1 Fisiología y Anatomía de la Mama	31
2.4.2 Diagnostico	33
2.4.3 Clasificación Anatomopatológica.....	37
2.4.4 Estadificación del Cáncer Mamario.....	37
2.4.5 Subtipos Intrínsecos de Cáncer de Mama.....	38
2.4.6 Tratamiento	40
2.4.7 Factores de Riesgo	43
2.4.8 Prevención	44
2.4.9 Vigilancia y Seguimiento	45
Capítulo III	46
III Material y Métodos.....	47
3.1 Tipo de estudio	47
3.2 Diseño.....	47
3.3 Límites de tiempo y espacio.....	47
3.3.1 Tiempo.....	47
3.3.2 Espacio	47

3.4 Universo.....	47
3.5 Muestreo.....	47
3.6 Muestra.....	47
3.7 Variables.....	47
3.7.1 Variable independiente.....	47
3.7.3 Variables sociodemográficas.....	47
3.7.4 Operacionalización de Variables.....	48
3.8 Criterios de Selección.....	49
3.8.1 Criterios de inclusión.....	49
3.8.2 Criterios de exclusión.....	49
3.8.3 Criterios de eliminación.....	49
3.9 Descripción del Instrumento.....	49
3.9.1 Procedimiento.....	50
3.10 Análisis Estadístico.....	51
3.11 Difusión de Resultados.....	51
3.12 Aspectos Éticos y Legales de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos.....	52
Capítulo IV.....	54
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discusión.....	84
4.3 Conclusiones.....	88
4.4 Sugerencias.....	88
V Referencias.....	89
5.1 Anexos.....	95
5.2 Apéndice.....	98

Introducción

A nivel mundial, el cáncer de mama es el tumor más frecuente y la causa de muerte más común en mujeres que fallecen por neoplasia maligna. Se estima que cada año se diagnostican cerca de 1.67 millones de mujeres con cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2017).

La incidencia de cáncer de mama en México en 2020 fue de 32,953 casos nuevos; 1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama en algún momento de su vida por cada mujer afectada existe un cuidador primario para cubrir sus necesidades (Alcaide, 2021).

Calidad de Vida contexto integrador que comprende todas las áreas de la vida, englobando varias dimensiones, tanto objetivas como subjetivas y principalmente es la percepción del individuo, que refleja la Calidad de Vida que experimenta durante el proceso que está viviendo (Expósito y Díaz ,2018)

Cuidador primario: persona que se encarga de la mayor parte del cuidado de una persona enferma enfermo (Fundación Hospital, s.f.).

La presente tesis denominada: “Calidad de Vida en cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama” se encuentra dividida en cuatro partes; el primer capítulo hace referencia a la justificación, en donde se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la incidencia y prevalencia del cáncer de mama en el mundo, especialmente en México; también se incluyó el planteamiento del problema con su respectiva pregunta de investigación, así como los objetivos. En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico que contiene la variable de estudio que es la calidad de vida, su definición y las determinantes de salud: bienestar físico, bienestar material, bienestar social, desarrollo-actividad y bienestar emocional. Un aspecto importante que forma parte de este marco teórico lo constituye la sobrecarga de trabajo que presentan los cuidadores primarios y sus derechos; también se abordan los cuidados específicos para los pacientes con cáncer de mama, sin dejar a un lado lo relacionado con la fisiopatología del cáncer de mama.

Dentro del tercer capítulo de esta tesis se encuentran los materiales y métodos que incluye: tipo y diseño de estudio, la muestra, el muestreo, los límites de tiempo y de lugar, los criterios de selección, la descripción del instrumento que va a ser utilizado con los participantes para la colecta de datos llamado: “The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)”, el procedimiento para el trabajo de campo, el análisis estadístico que se utilizó y los aspectos éticos y legales en materia de investigación en seres humanos.

Finalmente se encuentran los resultados arrojados, discusión, conclusión, sugerencias de este estudio y las referencias que dan sustento a la presente tesis, así como los anexos.

Capítulo I

I Justificación

A nivel mundial, el cáncer de mama es el tumor más frecuente y la causa de muerte más común en mujeres que fallecen por neoplasia maligna. Se estima que cada año se diagnostican cerca de 1.67 millones de mujeres con cáncer de mama y la mortalidad es 522,000 debido a la enfermedad. La supervivencia varía de acuerdo con la población y la región en donde se presente la enfermedad. En países de bajos recursos y en vías de desarrollo la estimación de la supervivencia normalmente es de 5 años con una probabilidad del 30% a 45%, en contraste con países plenamente desarrollados, donde es de 80% (Secretaría de Salud, 2017).

La tasa de incidencia de cáncer de mama en el año 2020 en México fue de 32,953 casos nuevos, se calcula que 1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama en algún momento de su vida. Aunque la mortalidad ha disminuido en los últimos años gracias a los programas y campañas de prevención y a la mejora de los tratamientos, esta enfermedad sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en España en la población femenina (Alcaide, 2021).

En México, el cáncer de mama ha presentado un incremento tanto en las tasas de incidencia como en la mortalidad; esta última secundaria al diagnóstico tardío y la poca eficacia del programa de Diagnóstico Oportuno de Cáncer (DOC). Las últimas estimaciones del International Agency for Research on Cancer (IARC) resaltan que en el año 2013 en nuestro país hubo 23,687 nuevos casos y fallecieron 5,902 pacientes (Secretaría de Salud, 2017).

Enríquez y Vargas (2018), realizaron un estudio de sobre factores personales que afectan la Calidad de Vida (CV) de mujeres con cáncer de mama y a sus familiares donde participaron 95 asistentes a consulta en un hospital público del Noroeste de México resultados arrojados fueron que las participantes destacaron presentar valores altos para el estado de salud global y niveles bajos en funcionamiento dentro de un rango de 11.71 a 18.42. El

insomnio y el impacto económico fueron las áreas más afectadas. Con el incremento de la edad, se observó menor afectación por síntomas mamarios, función y el disfrute sexual $r = -.273$, $-.349$ y $-.304$ respectivamente, $p < .01$. Se concluyó que la situación laboral, estado civil, paridad y lugar de procedencia promovieron afectación diferencial en algunos síntomas incluyendo la imagen corporal (Enríquez y Vargas, 2018).

El personal sanitario, procura dar prioridad a la salud de la persona que padece cáncer de mama, en algunas veces no se interesa por la salud de la persona que cuida constantemente del paciente, quien además de cuidar tiene lazos familiares que repercute en su estabilidad emocional y que está expuesto a un estrés considerable, no siendo capaz de percibir las consecuencias que origina en su CV por las distintas actividades que realizan para con su paciente (Ruiz y Silva, 2016).

Ruiz y Silva, (2016) realizaron un estudio en el cual demostraron que la CV del cuidador principal de los pacientes con cáncer se ve afectada, por lo que estos individuos presentan un alto riesgo de padecer depresión, ansiedad, aislamiento, problemas de salud, relaciones sociales tensas y problemas financieros y muchos de estos desarrollan el Síndrome del Cuidador y llegan a enfermarse constantemente.

Varios estudios han demostrado que las principales consecuencias de ser cuidador primario de un familiar son negativas que son enfocadas fundamentalmente en cuatro tipos: en la salud física, en el ámbito psicológico, en la vida cotidiana y laboral (Expósito y Díaz, 2018).

Vulnerabilidad. Una vez teniendo los resultados de este estudio se podrán estructurar programas de intervención para poder ofrecer capacitación a los cuidadores primarios sobre autocuidado, equilibrio de sus actividades y mejorar su CV evitando que se deteriore a largo plazo. El profesional de enfermería debe concientizarse y valorar la calidad de cuidados

brindados para que pueda haber una revaloración de la ética para humanizar los cuidados de enfermería hacia el cuidador primario del paciente que padece cáncer de mama.

Contribución. Se sabe que los cuidadores primarios se encuentran bajo una intensa presión manifestada por: insomnio, depresión, falta de su autocuidado y disminución de su círculo social, por lo cual es importante realizar el presente estudio, para identificar el problema que agobia a los cuidadores de mujeres con cáncer de mama, lo que puede repercutir en su CV y en estudios posteriores, se puedan llevar a cabo intervenciones de enfermería para mejorar dicha CV.

Factibilidad. Este proyecto es posible realizarlo, ya que en el Centro Estatal de Atención Oncológica donde se llevará a cabo, asisten mujeres con cáncer de mama bajo tratamiento y seguimiento quienes tienen cuidadores primarios que las apoyan y que en la presente investigación corresponde a la población de estudio.

1.1 Planteamiento del Problema

El cáncer de mama es una de las enfermedades que generan un grado de dependencia a la persona afectada, puede presentar una limitación física, emocional o económica por un largo periodo de tiempo, que le impide desarrollar las que realizaba actividades “normalmente”.

Una persona con dependencia no puede pasar toda su vida en el hospital y comienza su estancia en su hogar, de ahí surge la necesidad de tener un cuidador primario que no descuide sus intervenciones, que pueda desempeñar su rol como cuidador y su rol social, familiar y personal, tratando de satisfacer las necesidades propias y las de la persona afectada, es ahí cuando se puede presentar un desequilibrio afectando su CV, ya que la dependencia suele tener una influencia desintegradora en las relaciones sociales (Nava et al., 2014).

Las condiciones físicas, psicológicas, sociales y emocionales que presenta a la persona con un diagnóstico de cáncer, afectan su CV por una limitación funcional que puede aparecer por el tratamiento, hace que la percepción de calidad negativa, y que pueda estar acompañada por la dependencia hacia sus cuidadores, que también modifican la percepción de su CV pues presentan ciertas limitaciones a cosas que solían hacer por darle preferencia la individuo afectado (Cardona-Arango et al., 2018).

El cuidador primario vive una situación de sobrecarga que origina tendencias a un desequilibrio físico y mental comprometiendo en muchos casos la vida de mismo, como resultado de la sobrecarga de actividades y de la responsabilidad, la atención que realiza el cuidador, modifica el tiempo dedicado a sus acciones personales, pasatiempos, actividades sociales, de relaciones, a su vida íntima y su libertad, provocando problemas de estabilidad, tiene que lidiar con esto para poder tener una integración a la sociedad de manera saludable (Martin del Campo et al., 2019).

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Calidad de Vida de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general: Analizar la Calidad de Vida de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Categorizar a la población participante.
2. Identificar la Calidad de Vida de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama.
3. Asociar la Calidad de Vida de los cuidadores primarios con el tipo de tratamiento recibido.
4. Contrastar la Calidad de Vida de los cuidadores primarios que hayan recibido apoyo psicológico durante la etapa del diagnóstico y tratamiento de la mujer con cáncer de mama y quienes no lo recibieron.

Capítulo II

II Marco Teórico

2.1 Calidad De Vida

Al hablar de CV, se hace referencia a varios niveles generales, que involucran desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal dependiendo las características de vida en que se halla desarrollado cada individuo. Por lo tanto, CV tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud y el estilo de vida, dependiendo el individuo que la describa (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [INCMNSZ] 2017).

Vargas-Escobar (2012) define la CV como “El contexto y la situación de la cuidadora, la situación y las características del cuidado de la persona en situación de dependencia o con discapacidad y el entorno (variables socioculturales y elementos mediadores), como la valoración que la cuidadora realiza de su situación”

Expósito y Díaz (2018) mencionan que la CV se ha ido desarrollando como un contexto integrador que comprende todas las áreas de la vida, englobando varias dimensiones, tanto objetivas como subjetivas y principalmente es la percepción del individuo, que refleja la CV que experimenta durante el proceso que está viviendo.

Para valorar la CV es reconocer la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias aprendidas, su contexto cultural e historia de vida, estas valoraciones son las que permiten diferenciar la evaluación de la CV por cada sujeto, debido a que cada persona es integra y se desarrolla en situaciones y lugares diferentes, influyen también los valores de cada persona. Esta valoración es subjetiva, ya que en el momento de la valoración los cuidadores incluyen diferentes aspectos de su vida y se relacionan, en el momento de su evaluación (Expósito y Díaz, 2018).

La CV se relaciona con los determinantes sociales de la salud (DSS) que son circunstancias sociales que influyen sobre la aparición de la enfermedad y su distribución a través de los grupos de una comunidad ya que, existen personas que presentan un riesgo mayor de padecer enfermedades y sus secuelas. Para la evaluación en la salud se debe también tener en cuenta la experiencia personal del individuo, por lo tanto, para poder medir el impacto que tienen los DSS sobre la salud general es recomendable medir aspectos psicológicos, sociales o emocionales (Ramírez y Álvarez, 2017).

Los DSS se pueden agrupar principalmente en 5 dominios: el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión), sin embargo, se debe destacar que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva e individual varía según la influencia de factores sociales, materiales, la edad, la situación económica y políticas en salud (INCMNSZ, 2017).

Si una persona se encuentra enferma el tratamiento pueden afectar el bienestar psicológico, social y económico debido al alto costo de los fármacos como consecuencia afecta el entorno familiar, psicológica y económica mente e indirectamente la calidad nutricional así como su integridad biológica, de esta forma, la mejoría de la CV en los pacientes puede incrementar ya sea curando la enfermedad o mejorando los síntomas agudos por un período largo o evitando daños biológicos ya sea por errores de los profesionales de la salud o por la presencia de efectos secundarios de los fármacos (INCMNSZ, 2017).

Cuando la CV del cuidador primaria comienza a verse afectada comienza a presentar los siguientes signos y síntomas: desgaste, pérdida de energía, agotamiento o una combinación de ellos, despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras

personas, insensibilidad hacia los otros, sentimiento de falta de realización personal, depresión, baja autoestima, irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo, trastornos en el patrón del sueño, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, culpa, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda y aislamiento esto lleva a una sobrecarga en los cuidadores y tienden a descuidar los cuidados básicos del enfermo (Infocáncer, 2021).

En la CV, es importante evaluar el beneficio de los nuevos tratamientos o de tratamientos de experimentación de una manera subjetiva, referido por el propio paciente para evaluar las reacciones secundarias y la evolución de la mejoría de la enfermedad, en lugar de evaluarlo por mediciones de laboratorios o estudios de otro tipo. Se sabe que los pacientes que inician un nuevo tratamiento y se perciben con una mejor CV tienen grandes posibilidades de tener un mejor desenlace en comparación con aquellas personas que no tienen esa percepción (INCMNSZ, 2017).

La CV tiene un gran componente de subjetividad y percepción del individuo, ya que el término bienestar está ligado con él sentir y hace referencia a la obtención de satisfacción a través del disfrute de los recursos y no únicamente a la posesión de estos; es la valoración global que la persona realiza de acuerdo a sus propios criterios. En la persona enferma y en sus cuidadores el bienestar económico también es un factor influyente refiriéndose al entorno socioeconómico, como indicador de pobreza y de desigualdad (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001, citado por: Cardona-Arango et al., 2018).

La salud tiene una gran influencia con la pobreza, desencadenando el desequilibrio nutricional y la sostenibilidad ambiental, que ello explica por qué son correspondientes la salud y el medio ambiente, que representan prácticamente la mitad del total de objetivos que propone

el sistema de Naciones Unidas, con el objetivo de afrontar de forma más exitosa la calidad de vida poblacional y su relación con la salud (Núñez et al., 2010).

Factores psicológicos: se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la CV de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud. Estos criterios se relacionarán con optimismo, afecto, estrés, sucesos vitales y comportamientos de riesgo (Núñez et al., 2010).

Dorothe E. Orem define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Bustos et al., 2018).

El autocuidado tiene un impacto en la CV, debido a que si se tiene un estilo de vida saludable que consiste en: ingerir una alimentación balanceada de acuerdo a los requerimientos energéticos diarios, realizar alguna actividad física y manejo del estrés para tener un buen estado psicológico que le permite una buena CV y así poder prevenir que se pueden desencadenar debido al déficit de autocuidado que puede traer como consecuencia el deterioro del estado físico, emocional, mental disminuyendo la CV (Bustos et al., 2018).

2.1.1 Actividad Física

La actividad física con la calidad ayuda a la mantención de la independencia y prevención de enfermedades, la actividad física se asocia positivamente con un compromiso social, con un mejoramiento de la salud, condición física y CV los beneficios que se adquieren incluyen una mejor autonomía, menor atrofia a los músculos, mejoras cognitivas, autoeficacia, seguridad y aumento del autoestima, resultando también el aumento de los sentimientos positivos hacia la vida (Rubilar et al., 2020).

2.2 Cuidador Primario

El cuidador primario es la persona que se encarga de la mayor parte del cuidado de una persona enferma. Suelen ser familiares de la persona afectada, o puede ser alguien cercano a ella y el lugar donde habita suele ser cercano al del enfermo (Fundación Hospital, s.f.).

Los cuidadores informales de pacientes con cáncer de mama se exponen a un desequilibrio emocional, físico y psicológico, que se asemejan a los cambios que sufren las personas enfermas, a su entorno familiar y a su cuidador. Si un paciente presenta diversos síntomas emocionales muy probablemente los sienta el cuidador informal e incluso de intensidad mayor (García et al., 2018).

El impacto que tiene de una enfermedad como el cáncer de mama tiene consecuencias mayoritariamente en los contextos sociales y culturales de la dinámica familiar. Los miembros de la familia cercanos al paciente quedan afectados, desde el punto de vista emocional, en la conducta de su rutina cotidiana, ya que tiene que adaptarse a un nuevo estilo de vida repercutiendo en los planes que tenían para el futuro; en el significado sobre sí mismo, se pierde parte de su identidad y se convierte en la persona que tiene cáncer de mama e incluso al dándole un nuevo sentido a la vida (Rizo et al., 2016).

La relación personal que hay paciente-cuidador comienza con el diagnóstico del cáncer de mama, el paciente experimenta cambios en su vida a nivel social, física y psicológica, y el cuidador realiza su función dando apoyo al enfermo, intentando disminuir la angustia emocional, miedo, desesperanza e ira. Esta es una de las consecuencias que se producen durante el proceso de aceptación del cáncer que se debe a que el cuidador informal es el punto de apoyo para el enfermo, desde este momento se convierte en un sostén para el porqué está continuamente con él, ayudándole en cada una de sus necesidades y realizando cada una de las actividades que precise el paciente por ese vínculo emocional que se establecen (García et al., 2018).

La carga del cuidador surge como consecuencia de la actividad de cuidado y es responsable del mayor impacto negativo del cuidado; se asocia con la depresión y la ansiedad de forma directamente proporcional. La carga de cuidado puede ser modificable si se aplican intervenciones que mejoren las necesidades y el estado de salud del cuidador, mejorando así la CV de éste (García et al., 2018). El Síndrome del Cuidador que es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente, está caracterizado por el agotamiento físico y psicológico; el cuidador tiene que afrontar, de repente, una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Es producido por el estrés continuado agotando las reservas físicas y mentales del cuidador por no realizar actividades personales u olvidar su vida social (Ruiz y Silva, 2017).

La dependencia de la enfermedad oncológica responsabiliza al cuidador designado la acción de múltiples tareas de cuidado, vigilancia y acompañamiento. Esta asistencia ha de ser diaria, intensa e implica una elevada responsabilidad. Muchos cuidadores cuentan con escasa ayuda para realizar estas tareas la mayoría de sus familiares los dejan solos cuando ven que pueden cumplir todas las funciones o la persona afectada solamente quiere que él lo atienda,

algunas tareas son difíciles de asumir por un solo individuo. Su condición socioeconómica les impide disponer de ayuda contratada provocando mayor dedicación y permanente disponibilidad al cuidado. En ocasiones, la demanda es tal que supera las propias posibilidades del cuidado. Estas suelen ser las condiciones de la sobrecarga del cuidador, la cual se define como un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen al cuidar a la persona dependiente y que pueden llevar a convertir al cuidador en un paciente más y enfermarse con gravedad o constantemente (Rizo et al., 2016).

Los cuidadores también tienen derechos, ya que se enfocan tanto al cuidado de la persona enferma que descuidan su autoprotección y terminan afectados en las esferas biopsicosociales. El cuidador tiene derecho a cuidarse a sí mismo, a buscar ayuda o relevo aunque la persona afectada no acceda a que sea cuidado por otra persona, a mantener aspectos de su vida que no incluyan a la persona que cuida, enfadarse, estar deprimido y expresar ocasionalmente sentimientos negativos, si es así, tiene derecho a buscar ayuda psicológica, rechazar cualquier intento de manipulación por parte del familiar enfermo, recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por todo lo que hace para su familiar, proteger su individualidad y derecho a tener una vida propia (Fundación Hospital, s.f.).

2.3 Cuidados Para Pacientes Con Cáncer De Mama.

Los principales cuidados que se manejan en personas con cáncer de mama son de soporte y paliativos, se deben iniciar simultáneamente con el tratamiento antineoplásico. La referencia al servicio de cuidados de soporte y paliativos que es complementada con el abordaje habitual que realiza el oncólogo normalmente debe incluir a los familiares. Los componentes esenciales de los servicios de cuidados de soporte y paliativos deben incluir: capacidad para establecer relaciones empáticas y comprometidas con pacientes y familiares,

manejo de síntomas, distrés y deterioro funcional como: dolor, disnea, fatiga, insomnio, ansiedad, depresión, etcétera (Secretaría de Salud, 2021).

Es importante elaborar estrategias para evaluar y educar sobre el concepto de enfermedad y pronóstico con ayuda de psicología, orientación para establecer metas de tratamiento, evaluación y soporte de los mecanismos y necesidades de afrontamiento sobre su estado de salud actual, orientación con psicología a cerca de las tomas de decisiones médicas coordinación con otros especialistas para mejorar la calidad del individuo, el tratamiento y atención. Las personas que son diagnosticados con cáncer de mama avanzado, por lo regular el panel de expertos sugiere la incorporación de los cuidados de soporte y paliativos dentro de las primeras 8 semanas después del diagnóstico (Secretaría de Salud, 2021).

2.3.1 Cuidados Para el Cuidador

El Cáncer no afecta solamente a la persona enferma, sino que también a la persona que cuida de ella.

Ser la persona encargada del cuidado del paciente ayuda a algunas personas a lidiar con la tristeza y el impacto emocional de saber que su ser querido tiene cáncer. El ser responsable de una persona enferma permite tener sentimientos de amor y respeto, y hace sentir bien el ser útil y requerido (American Cancer Society, s.f.).

El ser cuidador de un enfermo puede ser muy estresante y aún más cuando es una enfermedad delicada con es el cáncer. Además también se ejercen labores como preparar los alimentos, limpiar y hacer diligencias, los cuidadores también se convierten en parte fundamental del equipo de atención médica. Se debe estar al pendiente del cuidado integral del cuidador primario, esto significa acudir a consulta médica cuando sea necesario, o por un chequeo general, dormir lo suficiente, hacer ejercicio, buena alimentación y seguir la rutina

normal cuando sea posible. Es importante que el cuidador no tenga sentimientos de culpa ni egoísmo cuando dedique tiempo para sí mismo (American Cancer Society, s.f.).

A continuación se mencionan algunos puntos para no descuidar su CV.

Planear hacer algunas cosas que disfrute, actividades para socializar con otras personas, realizar acciones que den sensación de logro o satisfacción, actividades de relajación y concentración fomentar la lectura, conectarse con el mundo exterior, no tratar de que una sola persona haga todo, es pertinente hacer un trabajo en equipo con los demás miembros de la familia y formar acuerdos con itinerarios (American Cancer Society, s.f.).

2.4 Cáncer De Mama

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015) define El cáncer de mama como: “un tumor maligno que se origina en las células de la mama, entendiendo por tumor maligno un grupo de células que crecen de manera desordenada e independiente, que tiende a invadir los tejidos que lo rodean, así como órganos distantes”

2.4.1 Fisiología y Anatomía de la Mama

Las mamas están situadas, en la parte anterosuperior del pecho, a derecha e izquierda del esternón, delante de los músculos pectorales mayores y menores, abarcan de la tercera a la séptima costilla, a nivel de la altura de los brazos y están simétricamente situadas (Alcaraz s.f.).

Beltrán (2020) menciona que la mama adulta está compuesta por tres estructuras básicas: la piel, la grasa subcutánea, el tejido mamario con parénquima y estroma. Está conformada 10 o 20 secciones de lóbulos. Cada lóbulo está dividido en secciones más pequeñas denominadas lobulillos, que contienen las glándulas encargadas de producir la leche durante la lactancia. La leche comienza en el lobulillo y pasa al pezón por unos tubos llamados ductos, en el espacio que hay entre los lobulillos y los ductos está lleno de grasa y

tejido fibroso. Las mamas también tienen vasos linfáticos que llegan a los ganglios linfáticos y tienen como función proteger, su mecanismo de acción es atrapar bacterias, células tumorales y otras sustancias nocivas, los vasos y ganglios linfáticos se encuentran por todo el cuerpo.

La areola es circular, de 15 a 25 milímetros de diámetro, ubicada en la parte más prominente de la mama, es distinguida por su coloración más oscura y por la presencia en su superficie exterior de pequeñas prominencias, de 12 a 20 milímetros por término medio llamadas tubérculos de Morgagni. Estos tubérculos son glándulas sebáceas que presentan un desarrollo particular en cada centro de estas glándulas crece un pelo, casi siempre de pequeñas dimensiones. Hay elevaciones, que dan a la areola un aspecto rugoso, y están diseminadas de un modo irregular. La areola sufre modificaciones importantes bajo la acción del embarazo algunos de los cambios más notorios son: cambio de color, aparece otra areola en todo el contorno de la areola primitiva, los tubérculos de Morgagni se hacen más grandes (Alcaraz, s.f.).

El pezón: es ubicado en el centro de la aureola se dirige oblicuamente de atrás hacia delante y, un poco, de dentro hacia fuera, tiene aspecto de un cilindro o un cono suele ser irregular, rugoso y, a veces, se presenta como agrietado. El aspecto es dado por a una multitud de surcos y de papilas que se levantan en su superficie. En su cima, se observa de 12 a 20 orificios que son, las desembocaduras de los conductos galactóforos (Alcaraz, s.f.).

Ductos galactóforos son aberturas situadas en el pezón y cada ducto mayor se extiende hacia dentro de la mama y se ramifica en ductos menores que definen un territorio de drenaje. El volumen drenado por red ductal, se considera un lóbulo de la mama. Debajo del pezón, se encuentra un segmento dilatado del ducto principal conocido como la porción ampular o seno galactóforo. A partir de este punto, el ducto empieza a arborizarse en ramas segmentarias hasta acabar en lóbulos terminales, formando el acini glandular (Alcaraz, s.f.).

2.4.2 Diagnostico

Comienza por los estudios de tamizaje generales el autoexamen mamario mensual a partir de los 18 años, 7 días después de terminada la menstruación, examen clínico mamario anual a partir de los 25 años, mastografía anual de tamizaje en mujer asintomática a partir de los 40 años, ultrasonido (US) mamario es el estudio de elección inicial en mujeres menores de 35 años con patología mamaria o antecedentes de alguna el ultrasonido y la mastografía permiten detectar, caracterizar, evaluar la extensión de la enfermedad y dar seguimiento a las lesiones mamarias (Secretaria de Salud, 2021).

Clínica del cáncer de mama. Los signos y síntomas del cáncer de mama se manifiestan como: un bulto en el seno, cambio en el tamaño o en la forma del seno, hoyuelos en la piel de la mama o engrosamiento del tejido mamario (piel de naranja), pezón invertido, se presenta erupción en el pezón, secreción del pezón, hinchazón de un ganglio axilar, dolor o molestia en el seno que no desaparece, enrojecimiento de la piel, engrosamiento de la piel (European Society For Medical Oncology [ESMO], 2018).

Cuando se presenta un estadio de cáncer avanzado puede haber erosión de la piel y causar llagas abiertas (ulceraciones) que no son necesariamente dolorosas. Las mujeres con heridas que no cicatrizan en los senos deberían someterse a una biopsia. En ocasiones suelen presentar metástasis, generalmente los órganos afectados principalmente suelen ser los pulmones, el hígado, el cerebro y los huesos y aparecen nuevos síntomas relacionados con la diseminación cáncer, como dolor óseo o cefalea (Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2021).

Los estudios histopatológicos las biopsias percutáneas con aguja de corte y los sistemas de aspiración con guía estereotáxica o por US, son los métodos de elección más comunes en lesiones no palpables y palpables con sospecha de malignad. La mastografía es el único método de imagen que ha demostrado disminución en la mortalidad por cáncer de

mama en un 21%; en países con ingresos altos, se ha observado que el tamizaje organizado, de base poblacional, reduce la mortalidad en cifras superiores al 30%.³ (Secretaria de Salud, 2021).

La mastografía digital es una herramienta que permite el envío de las imágenes para su interpretación o consulta a distancia. Mastografía con tomosíntesis o tridimensional (3D). Se obtienen múltiples imágenes desde diferentes ángulos, mejora la detección de cáncer de mama en un 27% y disminuye el número de rellanadas en programas de tamizaje en un 17.2%.^{7.8}. Mastografía sintetizada, obtiene imágenes tridimensionales y a partir de ellas las bidimensionales, por lo cual se reduce la dosis de radiación en 39%. Mejora la visibilidad de las distorsiones de la arquitectura, masas y microcalcificaciones (Secretaria de Salud, 2021).

Mastografía contrastada. En este se combina la mastografía convencional con administración intravenosa de medio de contraste. Existen dos modalidades temporal y dual, ambas con el fin de detectar tumores de pequeño tamaño y permite visualizar los hallazgos con ayuda de la captación del medio de contraste sobre el tejido glandular normal que no presenta realce, siendo de gran utilidad en mamas densas y en pacientes con contraindicación o alternativa a la Resonancia Magnética (RM) con resultados similares (Secretaria de Salud, 2017).

Mastografía diagnóstica. Es aplicada en caso de que en una mastografía normal se detecten las siguientes situaciones: mama densa, lesiones mamarias detectadas con otra modalidad de imagen y en las que clínicamente se requiera este estudio, masa o tumor palpable, secreción sanguinolenta por el pezón, cambios en la piel del pezón o la areola, dolor focal persistente seguimiento de BIRADS 3, en la tabla 2 se muestra el sistema de clasificación de los BIRADS (Secretaria de Salud, 2021).

En la tabla 1 se puede observar el tipo de biopsia para cada lesión que presenta la mama, La biopsia por estereotaxia con tomosíntesis. Se utiliza si existe una distorsión en la arquitectura de la mama, sin traducción en ultrasonido, la biopsia debe guiarse con sistema corte-aspirado y estereotaxia integrada con tomosíntesis, ya que generalmente se trata de carcinomas invasores (Secretaría de Salud, 2021).

Tabla 1

Criterios para la elección del tipo de biopsia

Tipo de biopsia	Tipo de lesión	Calibre de la aguja
BAAF	Quistes Ganglios axilares. No se recomienda en tumor primario de mama.	22-25 G
Aguja de corte	Lesiones sólidas.	11 y 14 G son las más utilizadas
Corte Aspiración Automático con guía por estereotaxia o por ecografía.	Calcificaciones sospechosas biopsia por estereotaxia. Asimetrías focales y distorsiones de la arquitectura solo visibles en tomosíntesis con US negativo se sugiere biopsia con estereotaxia y tomosíntesis integrada. Nódulo complejo guía ecográfica.	8 a 14 G. Mínimo 8 muestras, dicho número dependerá del tipo y tamaño de la lesión
Biopsia Quirúrgica	Lesiones que no pueden ser biopsiadas de manera percutánea (limitación técnica), biopsias previas con aguja de corte no concordantes.	

Nota: Secretaría de Salud, 2021

Tabla 2

Sistema de BIRADS

Categoría de los BIRADS	Características	Recomendaciones
0	Insuficiente para diagnóstico. Existe 13% de posibilidad de malignidad	Se hace la evaluación con imágenes mastográficas adicionales u otros estudios (US) así como la comparación con estudios previos. Esta categoría no debe de ser utilizada como indicación para realización de Resonancia Magnética.
1	Negativo Ningún hallazgo que reportar.	Mastografía anual indicada en mujeres a partir de los 40 años.
2	Hallazgos benignos.	Mastografía anual indicada en mujeres a partir de los 40 años.
3	Hallazgos probablemente benignos. Menos de 2% de probabilidad de malignidad	Se debe de hacer seguimiento por imagen, unilateral del lado con hallazgos dudosos a los 6 meses y después del anual bilateral por 2 años, esta categoría sólo se recomienda en mastografía diagnóstica.
4	Hallazgos de sospecha de malignidad. Se subdivide en: 4 ^a Baja sospecha de malignidad. 4b moderada sospecha para malignidad 4c - Alta sospecha para malignidad	4 (>2 - 2 - ≤10%) 4b (>10 - ≤ 50%) 4c (>50% - ≤ 95%) Requiere biopsia
5	Altamente sugestivo de malignidad	Se debe recurrir a la biopsia. VPP >95%
6	Con diagnóstico histológico de malignidad.	En espera de tratamiento definitivo o valoración de respuesta a tratamiento.

Nota: Secretaria de Salud., 2021.

2.4.3 Clasificación Anatomopatológica

Carcinoma intraductal in situ: es de mayor concurrencia en la tumoración palpable se observa una lesión necrótica central con micro calcificaciones agrupadas moldeables. Carcinoma lobulillar in situ: normalmente encontrada en biopsia, aparecen bilateralmente y multicéntricos. Carcinoma invasivo: invade más allá de la membrana basal y se introduce en el estroma mamario, desde donde puede llegar a invadir los vasos sanguíneos, ganglios linfáticos regionales y a distancia. Los principales tipos histológicos de carcinoma de mama se encuentran: ductal 79%, lobulillar 10%, tubular 6%, mucinoso 2%, medular 2%, papilar 1% y metaplásico 1%. Otra forma de clasificar el carcinoma de mama es mediante la utilización de la inmunohistoquímica, la cual detecta proteínas en las células. Gracias a la inmunohistoquímica se ha podido categorizar los carcinomas de mama según la expresión de receptores de estrógenos, progesterona y de los receptores HER2 el factor de crecimiento epidérmico (Espinoza, 2018).

2.4.4 Estadificación del Cáncer Mamario.

Con base en los parámetros clásicos de tumor (T), estado ganglionar (N) y metástasis (M), es posible determinar el estadio clínico y el patológico anatómico como en la clasificación previa y añadiendo el grado tumoral, los receptores de estrógenos y de progesterona, el HER-2 neu y, de tener accesibilidad, el score de recurrencia calculado con Oncotype Dx, para establecer con toda esta información una etapa clínica y patológica (Secretaría de Salud, 2021).

Actualmente existen tres esquemas para la estadificación del tumor, la primera es la etapa anatómica que incluye únicamente la extensión anatómica de la enfermedad, definida por las categorías T, N y M. La segunda etapa clínica es la pronóstica, en donde además del estadio determinado por el T, N y M basados en la exploración física y estudios de imagen, incluye el grado tumoral, y el estado de los receptores de estrógenos, receptores de

progesterona y el receptor de factor de crecimiento epidérmico humano (HER 2). El último es el estadio patológico pronóstico, que asigna el estadio en pacientes que han sido sometidas a cirugía como tratamiento primario o posterior a neoadyuvancia (Secretaría de Salud, 2021).

El sistema de estadificación, (ver tabla 3) no se debe de utilizar para todas las histologías de tumores malignos de la mama, ya que, cada variedad histológica tiene un sistema de estadificación específico, como los sarcomas de mama, tumores Phyllodes y linfomas de mama (Secretaría de Salud, 2021).

2.4.5 Subtipos Intrínsecos de Cáncer de Mama

En los perfiles de expresión génica se encuentran 4 subtipos de cáncer de mama, como es el luminal que es el más frecuente, con una incidencia del 75% al 80 % de los tumores de mama presentados estos tumores expresan receptores de estrógeno (RE) y tienen una alta expresión de genes asociados a las células epiteliales. Luminales del ducto mamario como la citoqueratina 8 y 18.S e divide en, dos subtipos con pronóstico diferente: Luminal A: RE (+), RP \geq 20, HER2 (-), Ki67 \leq 20%, que abarca el 50- 60% de los tumores luminales. Es un subtipo de mejor pronóstico, de menor incidencia de recaídas y mayor índice de supervivencia y recuperación. Presenta una respuesta favorable a la hormonoterapia, y un beneficio más limitado a la quimioterapia. Se deberá valorar a la persona para establecer si se beneficiaría del tratamiento quimioterápico adyuvante en función del riesgo de progresión. La recaída es más frecuente a nivel óseo, presentando menor tasa de recaídas viscerales y en sistema nervioso central (Alcaide, 2021).

Luminal B: Su incidencia es de un 10% a 20% de los tumores. Presenta una expresión moderada baja de receptores estrogénicos y mayor expresión de genes de proliferación y ciclo celular. Representa el grupo de tumores luminales de peor pronóstico (Alcaide, 2021).

Tabla 3

Estadios del cáncer de mama

Estadios	Características	Características tumorales
Estadio 0: (cáncer no invasivo)	Se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario y que no se ha diseminado al tejido circundante de la mama.	Enfermedad de paget del pezón sin tumor (Tis). Tis, N0, M0
Estadio IA:	El tumor es pequeño, invasivo y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos (T1, N0, M0).	T1, N0, M0
Estadio IB	El cáncer se ha diseminado solo a los ganglios linfáticos y mide más de 0.2 mm, pero menos de 2 mm.	
Estadio IIA:	No hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares.	T0, N1, M0
	El tumor mide 20 mm o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares	T0, N1, M0
	El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares	T2, N0, M0
Estadio IIB:	El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares (T2, N1, M0).El tumor mide más de 50 mm pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T3, N0, M0).	T2, N1, M0
		T3, N0, M0
Estadio IIIA:	El cáncer de cualquier tamaño se ha diseminado a un número de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios linfáticos mamaros internos. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo.	T0-2, N2, M0 T3 N1-2 M0
Estadio IIIB	El tumor se ha diseminado a la pared torácica o ha causado hinchazón o ulceración de la mama o se diagnostica. Es posible que se haya diseminado o no a un máximo de 9 ganglios linfáticos mamaros internos o axilares como Cáncer inflamatorio de mama.	T4, N0-2, M0
Estadio IIIC	El tumor es de cualquier tamaño que se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares, los ganglios linfáticos mamaros internos o los ganglios linfáticos debajo de la clavícula.	T0-4, N3, M0
Estadio IV (metastásico):	El tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a otros órganos, como huesos, pulmones, cerebro, hígado, ganglios linfáticos distantes o pared torácica, cualquier T, cualquier N, M1 (cáncer de mama metastásico <i>de novo</i>).	T0-4, N0-3, M1
Recurrente	El cáncer que reaparece después del tratamiento y puede describirse como local, regional o distante.	

Nota: American Society of clinical Oncology (ASCO), 2020.

2.4.6 Tratamiento

Se asigna el tratamiento de acuerdo al estadio del cáncer que presente la paciente, en etapas tempranas el tratamiento normalmente comienza con la cirugía conservadora y mastectomía simple posteriormente se asignara el tratamiento de mayor beneficio para el paciente, cuando el tumor mide más de 4 centímetros el tratamiento puede comenzar con quimioterapia (ver tabla 4) y se debe de valorar la reducción del tumor para definir el siguiente paso. Cirugía de conservación de la mama, en la que se extirpa el tumor, pero tratando de mantener la mayor parte posible de la mama. Mastectomía, se extirpa toda la mama, y cuando los ganglios linfáticos de la axila parezcan estar libres de cáncer en los exámenes imagenológicos, se deberá realizar una técnica llamada biopsia del ganglio linfático centinela (American Cancer Society, 2019).

Tabla 4

Tratamiento farmacológico

Fármaco	Dosis	Ciclos
Antraciclina		
Epirrubicina	60-90mg/m2 Intravenosa (IV) 1 día	Ciclos cada 21 días.
Doxorubicina liposomal pegilada	40-50 mg/m ² IV día 1, 8 y 15	Ciclos cada 28 días.
Taxanes		
Plaquitaxel	175mg/m ² 1 día IV	Ciclos cada 21 días
Doxetacel	60-100 mg/m ² 1 día.	Ciclos cada 21 días
Antimetabolitos		
Capecitabine	1000-1250mg/m ² Via oral (VO) 2 veces al día 1-14días,	Ciclos cada 21 días
Gemcitabine	800 – 1200 mg/m ² IV día 1, 8 y 15	Ciclos cada 28 días
Otros inhibidores	60mg/m ² VO día 1 y semana 8	
Vinorelbine		
Otros fármacos		
Ciclofosfamida (C)	500-600mg/m ² IV	Ciclos cada 21 días
Miitroxantrona (M)	12mg/m ² IV	Ciclos cada 28 días
Cisplatino	75mg/m ² IV,	Ciclos cada 21 días
Fluorouracilo (F)	500mg/m ² IV, días, 1, 8 o en infusión de 24 horas por 5 días	Ciclos de 21 días
Ixabepilone	40mg/m ² IV,	Ciclos de 21 días

Nota: IMSS, 2017.

Radioterapia: es un tratamiento de radiación ionizante, que daña el ADN de las células cancerosas, destruyéndolas. Comúnmente la radioterapia se administra después de una

cirugía de conservación de la mama y mastectomía, también se administra radioterapia a pacientes con enfermedad localmente avanzada en donde no se puede operar el tumor después de haber recibido un tratamiento sistémico y se puede considerar en ciertos pacientes con que presenten metastásis para tratar los síntomas del tumor primario o de las metástasis distantes y mejorar la CV. La radioterapia después de la cirugía de conservación de la mama suele administrarse como radioterapia de mama completa (ESMO, 2018).

Terapia sistémica: existen varios tipos de terapia dependiendo de la valoración y estadio del tumor la primera es la quimioterapia (ver tabla 5) la acción de esta es destruir las células cancerosas evitando su rápida proliferación y se utiliza para tratar la mayoría de los cánceres de mama triple negativos, HER2-positivos y luminal B. Normalmente las quimioterapias se administran en ciclos, cada 1-3 semanas en forma de infusiones intravenosas. Existe la opción de la quimioterapia oral adicional después de completar la quimioterapia intravenosa estándar (ESMO, 2018).

Tabla 5

Poliquimioterapia

Fármacos	Siglas
5 fluorouracilo/ epirubicina/ ciclofosfamida	FEC
Epirubicina/ ciclofosfamida	EC
Ciclofosfamida/ metotrexate/ 5 fluorouracilo	CMF
Docetaxel/ Capecitabine	
Gemcitabine/ paclitaxel	GT
Otras combinaciones	
Ixabepilone/ capecitabine	Categoría 2B

Nota: IMSS, 2017

Terapias endocrinas u hormonoterapia: el objetivo principal de las terapias endocrinas es reducir los efectos del estrógeno en los cánceres de mama RE-positivos. Es un tratamiento sistémico más importante para los tumores RE-positivos, también llamados tumores hormono-dependientes. Existen diversos de hormonoterapias disponibles, que se administran VO por vía intramuscular. Los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (MSRE)

bloquean los RE en las células mamarias para evitar que el estrógeno se una a los receptores el Tamoxifeno es un ejemplo de esto fármacos, ya que es un tipo de MSRE (ESMO, 2018).

Los antagonistas de los receptores de estrógeno (ARE), como el fulvestrant, funcionan de manera similar a los MSRE, pero además reducen el número de RE, actúan en función de la supresión ovárica mediante análogos de la hormona liberadora de gonadotropina o mediante cirugía puede ofrecerse a las mujeres pre y perimenopáusicas para reducir el suministro de estrógeno desde los ovarios hasta el tumor. También se encuentran los inhibidores de la aromatasa estos fármacos reducen la producción de estrógeno en tejidos y órganos distintos de los ovarios, por lo tanto, sólo tienen mayor eficacia en mujeres posmenopáusicas, a menos que se suprima la función de los ovarios y en mujeres premenopáusicas, un ejemplo de los inhibidores de la aromatasa es: el anastrozol, letrozol y el exemestano (ESMO, 2018).

Terapias dirigidas: son fármacos que bloquean las vías de señalización específicas en las células cancerosas que las estimulan a crecer. En el tratamiento del cáncer de mama se utilizan varias terapias dirigidas como: los agentes anti-HER2 actúan sobre el receptor HER2 para bloquear la señalización y reducir la proliferación celular en cánceres de mama HER2-positivos, el trastuzumab, el lapatinib, el pertuzumab y el trastuzumab emtansina (T-DM1) son todos agentes anti-HER2 utilizados actualmente. El neratinib es un nuevo agente anti-HER2 que también puede utilizarse para tratar la enfermedad HER2-positiva. Los inhibidores de las quinasas dependientes de ciclina 4/6 (CDK4/6) reducen la proliferación celular en los tumores. El palbociclib, el ribociclib y el abemaciclib son inhibidores de la CDK4/6 utilizados en el tratamiento del cáncer de mama (ESMO, 2018).

Los inhibidores de la diana de la rapamicina en los mamíferos (mTOR), como el everolimus, también reducen el crecimiento y la proliferación de células tumorales estimuladas por la señalización de mTOR. Los inhibidores de la poli-ADP-ribosa polimerasa (PARP)

impiden que las células cancerosas reparen el ADN dañado, lo que puede causar la muerte de las células cancerosas. El olaparib y el talazoparib son nuevos inhibidores de la PARP que se pueden utilizar para tratar a pacientes con una mutación del gen BRCA. Los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) como el bevacizumab, impiden que los tumores estimulen el crecimiento de los vasos sanguíneos dentro del tumor, privándolos así del oxígeno y los nutrientes que necesitan para seguir creciendo (ESMO, 2018).

Otros tratamientos utilizados en la metástasis ósea deben ser tratados con medicamentos modificadores de los huesos como bisfosfonatos o denosumab, en combinación con suplementos de calcio y vitamina D, actúan fortaleciendo los huesos, reduciendo el dolor óseo y el riesgo de fracturas. Los bisfosfonatos son utilizados en el tratamiento postoperatorio del cáncer de mama que está en un estadio temprano (ESMO, 2018).

2.4.7 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo conocidos para el desarrollo del cáncer de mama son los siguientes: biológicos, ser del sexo femenino, envejecimiento; a mayor edad mayor riesgo, tener antecedentes personales o familiares de cáncer de mama en familiares directos, ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia. Vida menstrual mayor de 40 años (menarquía antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), densidad mamaria, ser portador de los genes BRCA1 o BRCA2. Latrógenos o ambientales: exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o el crecimiento, radioterapia en el tórax, antecedentes reproductivos: ser nuligesta, presentar el primer embarazo a término después de los 30 años de edad, haber recibido terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de 5 años (Secretaría de Salud, 2017).

Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida: alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra, el consumo frecuente de una dieta rica en grasas tanto animales

como ácidos grasos trans, tener obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol mayor de 15 g/día, ser fumadora/o activo. El factor de riesgo más importante relacionado con el estilo de vida es la obesidad y tomando en cuenta que México está presente en un porcentaje muy elevado de la población, representa un serio problema de salud pública. La obesidad y el cáncer de mama constituyen dos patologías de extremada prevalencia en la actualidad y con un alto impacto en la sociedad. Las mujeres obesas poseen un riesgo mayor de padecer cáncer de mama después de la menopausia en comparación con las no obesas. Esto parece tener su explicación en los altos niveles de estrógenos circulantes, de igual manera, las mujeres con antecedentes de cáncer mamario que desarrollan obesidad tienen mayor riesgo de una recaída tumoral o de un segundo primario (Secretaría de Salud, 2017).

2.4.8 Prevención

La acción principal que reduce el riesgo de contraer cáncer de mama principalmente es evitar o reducir los factores de riesgo y llevar un estilo de vida saludable. Para ellos es importante realizar las siguientes actividades: lactancia materna prolongada, ejercicio físico habitual, mantener un control del peso, evitar el consumo perjudicial de alcohol, evitar la exposición al humo de tabaco, evitar el uso prolongado de hormonas y evitar la exposición excesiva a radiación. Si se controlaran todos factores de riesgos modificables, la probabilidad de contraer cáncer de mama disminuye solamente un 30% como máximo (OMS, 2021).

2.4.9 Vigilancia y Seguimiento

Finalizando el tratamiento primario el examen físico debe realizarse cada 3 a 6 meses por 3 años y a partir del 4to y 5to año de 6 a 12 meses y posteriormente se citará a la paciente de manera anual. Es importante educar a la persona para que pueda identificar los signos y síntomas de las recaídas que incluyen: tumores, dolor torácico, dolor abdominal, disnea o dolor de cabeza persistente, tumor en la zona operada, tumor en la mama colateral, brazo edematizado o enrojecido, dolor de husos intenso en una región donde antes no se presentaba molestias, mareos persistentes, convulsiones, pérdida de la memoria y sangrado vaginal anormal es importante que la mastografía se realice de manera anual (IMSS, 2017).

Capítulo III

III Material y Métodos

3.1 Tipo de estudio

Cuantitativo.

3.2 Diseño

Descriptivo, transversal.

3.3 Límites de tiempo y espacio

3.3.1 Tiempo. De Noviembre del 2021 a Julio del 2022.

3.3.2 Espacio

“Centro Estatal de Atención Oncológica” en Morelia, Michoacán.

3.4 Universo.

Cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama.

3.5 Muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

3.6 Muestra.

50 cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama

3.7 Variables.

3.7.1 Variable independiente. Calidad de vida

3.7.3 Variables sociodemográficas. Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, estado de salud actual, parentesco y lugar de procedencia.

3.7.4 Operacionalización de Variables.

Tabla 6

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Criterios de resultado
Calidad de Vida	El contexto y la situación de la cuidadora, la situación y las características del cuidado de la persona en situación de dependencia o con discapacidad y el entorno (variables socioculturales y elementos mediadores), como la valoración que la cuidadora realiza de su situación". (Vargas-Escobar 2012)	Se medirán: salud física salud psicológica, relaciones sociales, ambiente y una autoevaluación de la calidad de vida de los cuidadores	Cualitativa, nominal	Baja Calidad de Vida Regular Calidad de Vida Alta Calidad de Vida
Cuidador primario	El cuidador primario es la persona que se encarga de la mayor parte del cuidado de una persona enferma. Suelen ser familiares de la persona afectada, o puede ser alguien cercano a ella y el lugar donde habita suele ser cercano al del enfermo (Fundación Hospital, s.f.).	Se preguntará si es el cuidador primario	Cualitativa, nominal	Sí es cuidador primario No es cuidador primario
Edad	"Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia (Clínica Universidad de Navarra, 2020).	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Cuantitativa, continúa.	Años cumplidos
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, 2016).	Identificación del sexo del participante	Cualitativa, Nominal	Masculino Femenino
Estado civil	"Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos" (Enciclopedia Jurídica, 2020).	Estado civil del participante.	Cualitativa, nominal	Soltero, Casado Viudo Divorciado Unión libre
Lugar de procedencia	"Lugar de residencia de los viajeros alojados en los establecimientos. Si es nacional se diferencia por Comunidades Autónomas, y si es Extranjero se diferencia por países o un agregado de los mismos previamente definido" (Instituto Vasco de Estadística, sf.).	Lugar de procedencia de los participantes	Cualitativa, nominal	Morelia Interior del estado Fuera del estado
Parentesco	"Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta" (Real Academia Española, 2021).	Parentesco de los participantes con la persona con cáncer de mama	Cualitativa nominal	Hijo/a Esposo Hermano/a Nieta/o Cuñada/o Prima/a Otro

Nota: Elaboración propia

3.8 Criterios de Selección

3.8.1 Criterios de inclusión. Cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama que acompañaron a la persona con cáncer de mama a consulta y a su tratamiento; cuidadores de mujeres con cáncer de mama que las acompañaron a revisiones de seguimiento menores a 2 años en el Centro Estatal de Atención Oncológica, mayores de 18 años, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

3.8.2 Criterios de exclusión. Personas que no fueron los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama, cuidador primario menor de 18 años, personas que esporádicamente cuidaron al paciente.

3.8.3 Criterios de eliminación. Cuestionarios contestados de manera incompleta.

3.9 Descripción del Instrumento

Se utilizó el instrumento de valoración titulado: “The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)”, que mide la calidad de vida de los participantes cuyo autor es la Organización Mundial de la Salud (1998); proporciona un perfil de CV percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. El instrumento consta de 26 ítems, de los cuales, dos preguntas generales (1 y 2) hacen referencia sobre la CV y satisfacción con el estado de salud; los restantes 24 ítems están agrupados en cuatro áreas: salud física (3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18); salud psicológica (5, 6, 7, 11, 19 y 26); relaciones sociales (20, 21 y 22); ambiente (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25). El tiempo de la referencia que contempla el WHOQOL para las preguntas es de 2 semanas previas. En todas las preguntas, las opciones de respuesta son de tipo Likert con puntuaciones de 1, 2, 3, 4 y 5. El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de CV; cada área se califica de forma independiente la CV sin embargo, no todos los ítems se puntúan de forma directa, es necesario recodificar, de forma inversa, las puntuaciones de los ítems: 3, 4 y 26; la puntuación de dichos ítems se realizó

y de la siguiente manera: 1 por 5; 2 por 4; 3 por 3; 4 por 2; y 5 por 1 en el área 1, salud física, se ponderó de la siguiente manera: 7 – 15 puntos baja salud física; 16 – 25 puntos regular salud física y de 26 – 35 puntos alta salud física. El área 2 salud psicológica la clasificó de la siguiente manera: baja salud psicológica de 6 – 13 puntos; regular salud psicológica 14 - 21 y alta salud psicología de 22 – 30 puntos. Área 3 relaciones sociales de 3 – 7 puntos baja calidad de relaciones sociales; de 8 – 10 puntos regular calidad de relaciones sociales y de 11 – 15 puntos alta calidad de relaciones sociales. Área 4, ambiente se realizó la puntuación de la siguiente de la siguiente forma: baja calidad del ambiente 8 – 18 puntos; mediana calidad del ambiente de 19 - 28 puntos y alta calidad del ambiente 20 – 40 punto. El nivel global de CV se clasificó de la siguiente manera: baja Calidad de Vida de 26 a 60 puntos; regular Calidad de vida de 61 a 94 puntos y alta Calidad de Vida de 95 a 130 puntos

3.9.1 Procedimiento

Una vez estructurado el protocolo se envió a los Comités de Ética y de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su revisión y en su caso, aprobación; una vez autorizado, se invitó verbalmente a la población seleccionada a participar explicándoles en lo que consistía; quienes aceptaron, se les dio a conocer el consentimiento informado para su lectura y firma, las personas que no supieron leer o no pudieron escribir y aceptaron participar en instrumento se aplicó directamente por la persona responsable de la investigación. Una vez entregados los resultados con respuestas se procedió a la revisión del instrumento para corroborar que no hubiera preguntas sin contestar y así evitar la eliminación de los cuestionarios y disminución de la muestra La aplicación de los cuestionarios se realizó por la investigadora de este estudio, para corroborar que todas las preguntas fueron contestadas de manera correcta.

3.10 Análisis Estadístico

Se realizó una matriz de datos y base de los mismos con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 25. Para las variables categóricas y cuantitativas discretas se obtuvieron frecuencias y porcentajes; para las variables cuantitativas continuas se hizo de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, los resultados fueron presentados en tablas de contingencia.

3.11 Difusión de Resultados

Se enviará un artículo para su revisión y en su caso, publicación en la Revista Enfermería Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, y a la Revista Índice, se presentarán los resultados del estudio en foros nacionales y/o internacionales de enfermería.

3.12 Aspectos Éticos y Legales de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos

La presente investigación titulada: está basada en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos de acuerdo a: Capítulo I, artículos 13, 14, 16, 17 fracción I, artículo 20 fracciones VI, VII Y VII artículos 21 22, 62 y fracción VI. Capítulo II artículo 29, título quinto artículos 98, 99, 100 y fracción I, mismos que a continuación se desglosan.

- En esta investigación prevaleció el criterio de respeto hacia la integridad y protección de los derechos y resguardando el bienestar de los participantes.
- Se adaptó a los principios éticos y legales que la justifican.
- Contó con el consentimiento informado y por escrito para la persona en quien se realizó la investigación.
- Al sujeto de estudio se le dio un duplicado físico del consentimiento informado.
- Cuando hubo alguna duda acerca del cuestionario o consentimiento informado se le resolvió su duda de forma explícita.
- Se protegió el anonimato del individuo sujeto de investigación identificándolo solo cuando los resultados se requieren y con su autorización.
- Los participantes pudieron retirarse cuando lo desearon sin repercusiones en su persona.
- Esta investigación se considera sin riesgo.
- Contó con un dictamen favorable de los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería.
- Esta investigación fue realizada por la PSSLE quien contó con conocimientos de investigación requeridos para este estudio.

- Los resultados fueron dados a conocer en revistas de difusión de investigación y en foros nacionales e internacionales conservando el anonimato de las personas participantes.

Capítulo IV

4.1 Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de esta investigación llamada: “Calidad de Vida en cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama”; se encuentran organizados acuerdo a los objetivos específicos plateados en el mismo; se presentan tablas de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y cuantitativas discretas; para las variables cuantitativas continuas se emplearon frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

Los resultados en relación con la CV además, se clasificaron, en cuatro áreas: salud física, salud psicológica ambiente, relaciones sociales y una de autopercepción. Al final se encuentra una tabla que engloba las cuatro áreas más la autopercepción lo que da como resultado la Calidad de Vida global de los participantes.

Se realizó un cruce de Calidad de Vida Global en cada área y globalmente con cada una de las variables sociodemográficas.

Para dar respuesta al objetivo: categorizar a la población participante se presentan los siguientes resultados:

Tabla 7

Sexo de los cuidadores primarios participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	55	68.8	68.8
Masculino	25	31.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La mayoría de los participantes correspondieron al sexo femenino (tabla 7).

Tabla 8

Edad de los participantes

Media	Mediana	Desviación Estándar	Moda	Mínimo	Máximo
44.7	46	±13.9	45	18	70

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 8 muestra que la media de la edad de los participantes fue de 44.7 con una desviación estándar de ± 13.9

Tabla 9

Estado civil de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero/a	16	20.0	20.0
Casado/a	42	52.5	72.5
Divorciado/a	1	1.3	73.8
Unión libre	15	18.8	92.5
Viudo/a	6	7.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En un poco más de la mitad de los participantes su estado civil eran casados (tabla 9).

Tabla 10

Estado de salud de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermos	22	27.5	27.5
Sanos	58	72.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 27.5% (22) de los participantes padecían de alguna enfermedad (tabla 10).

Tabla 11

Enfermedades que presentaron los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	58	72.5	72.5
Diabetes	7	8.8	81.3
Hipertensión arterial	9	11.3	92.5
Otra	6	7.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Se muestra en la tabla 11 que la hipertensión arterial fue la patología más frecuente que presentaron los participantes con el 11.3% (9) de la población.

Tabla 12

Grado de estudios de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	4	5.0	5.0
Primaria	27	33.8	38.8
Secundaria	23	28.7	67.5
Prepa	15	18.8	86.3
Universidad	11	13.8	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 12 se muestra que el nivel de estudios de los participantes más frecuente fue la primaria con un 33.8% (27).

Tabla 13

Lugar de procedencia de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Morelia	9	11.3	11.3
Interior del estado	61	76.3	87.5
Fuera del estado	10	12.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 13 indica que la mayor parte de la población de estudio era del interior del estado con un 76.3% (61).

Tabla 14

Relación de los cuidadores con las mujeres que padecían cáncer de mama

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hijo	27	33.8	33.8
Esposo/a	20	25.0	58.8
Herma/a	15	18.8	77.5
Nieto/a	3	3.8	81.3
Cuñada/o	2	2.5	83.8
Otro	13	16.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Se observa en la tabla 14 que el 33.8 % (27) de los cuidadores eran hijos de las mujeres que padecían cáncer de mama.

Para el objetivo Identificar la Calidad de Vida de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 15

Autoevaluación sobre la Calidad de Vida de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	2	2.6	2.6
Regular	24	31.2	33.8
Normal	42	54.5	88.3
Bastante buena	5	6.5	94.8
Alta	4	5.2	100.0
Total	77	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Un poco más de la mitad de los participantes indicaron una autoevaluación normal de la Calidad de Vida (tabla 15).

Tabla 16

Satisfacción del estado salud de cada participante

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy mala	2	2.6	2.6
Regular	24	31.2	33.8
Normal	42	54.5	88.3
Bastante buena	5	6.5	94.8
Muy buena	4	5.2	100.0
Total	77	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Se observa en la tabla 16 un poco más de la mitad de los participantes indicaron tener una satisfacción normal del estado de salud.

Tabla 17

El dolor físico le impide hacer actividades a los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente	2	2.5	2.5
Bastante	6	7.5	10.0
Moderado	27	33.8	43.8
Un poco	24	30.0	73.8
Nada	21	26.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Se encontró que el 33.8% (27) de los participantes con dolor físico les impide hacer actividades moderadamente (tabla 17).

Tabla 18

Necesidad de un tratamiento médico en la vida diaria de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente	4	5.0	5.0
Bastante	3	3.8	8.8
Moderado	26	32.5	41.3
Un poco	15	18.8	60.0
Nada	32	40.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 32.5% (26) tenían una necesidad moderadamente de recibir un tratamiento médico (tabla 18).

Tabla 19

Disfrute de la vida de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	5	6.3	6.3
Un poco	10	12.5	18.8
Moderado	23	28.7	47.5
Bastante	26	32.5	80.0
Totalmente	16	20.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 32.5% (26) disfrutaban bastante de la vida (tabla 19).

Tabla 20

Sentido la vida de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Un poco	4	5.0	5.0
Moderado	19	23.8	28.7
Bastante	27	33.8	62.5
Totalmente	30	37.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 23.8% (19) de los participantes tuvieron moderadamente el sentido de su vida (tabla 20).

Tabla 21

Capacidad de concentración de los cuidadores

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	1	1.3	1.3
Un poco	12	15.0	16.3
Moderado	32	40.0	56.3
Bastante	25	31.3	87.5
Totalmente	10	12.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Se observa en la tabla 21 que el 40% (32) de los cuidadores tuvieron una capacidad de concentración moderada.

Tabla 22

Seguridad en la vida de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	4	5.0	5.0
Un poco	3	3.8	8.8
Moderado	27	33.8	42.5
Bastante	26	32.5	75.0
Totalmente	20	25.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 33.8% (27) de los participantes tuvieron moderada seguridad en su vida (tabla 22).

Tabla 23

Ambiente físico saludable de los cuidadores primarios

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	1	1.3	1.3
Un poco	4	5.0	6.3
Moderado	40	50.0	56.3
Bastante	18	22.5	78.8
Totalmente	17	21.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 23 se muestra que el 50% (40) de los cuidadores primarios indicaron que el ambiente físico es moderadamente saludable a su alrededor.

Tabla 24

Energía suficiente de los cuidadores para realizar actividades en el día.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Un poco	10	12.5	12.5
Moderado	32	40.0	52.5
Bastante	24	30.0	82.5
Totalmente	14	17.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 40%(32) de los cuidadores indicaron tener energía moderada para realizar actividades en el día (tabla 24).

Tabla 25

Aceptación de la apariencia física de los cuidadores

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Un poco	4	5	5
Moderado	13	16.3	21.3
Bastante	38	47.5	68.8
Totalmente	25	31.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 47.5% (38) de los cuidadores aceptan bastante su apariencia física (tabla 25).

Tabla 26

Dinero suficiente para cubrir necesidades de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	18	22.5	22.5
Un poco	35	43.8	66.3
Normalmente	26	32.5	98.8
Totalmente	1	1.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Un poco menos de la mitad de los cuidadores indicaron tener poco de dinero para cubrir sus necesidades (tabla 26).

Tabla 27

Información suficiente respecto a las necesidades de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	7	8.8	8.8
Un poco	18	22.5	31.3
Lo normal	28	35.0	66.3
Moderado	19	23.8	90.0
Totalmente	8	10.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 27 muestra que los participantes recibieron lo normal de información respecto a las necesidades que presentaban.

Tabla 28

Actividades de ocio de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	13	16.3	16.3
Un poco	31	38.8	55.0
Moderado	29	36.3	91.3
Bastante	6	7.5	98.8
Totalmente	1	1.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Se observa que el 30.8% (31) de los cuidadores señalaron tener poca oportunidad de realizar actividades de ocio (tabla 28).

Tabla 29

Capacidad de los cuidadores primarios de desplazarse

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	2	2.5	2.5
Un poco	11	13.8	16.3
Moderada	17	21.3	37.5
Bastante	15	18.8	56.3
Totalmente	35	43.8	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 43.8% de los participantes respondieron poder desplazarse totalmente (tabla 29).

Tabla 30

Satisfacción del sueño de los cuidadores

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	6	7.5	7.5
Poco	22	27.5	35.0
Lo normal	35	43.8	78.8
Bastante satisfecho	12	15.0	93.8
Muy satisfecho	5	6.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 27.5% (22) de los cuidadores tuvieron poco satisfechos en relación con su sueño (tabla 30).

Tabla 31

Satisfacción con la habilidad para realizar actividades de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	2	2.5	2.5
Poco	5	6.3	8.8
Lo normal	44	55.0	63.7
Bastante	17	21.3	85.0
Muy satisfecho	12	15.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 31 se observa que el 55% (44) de los cuidadores estuvieron normalmente satisfechos con su habilidad para realizar actividades.

Tabla 32

Satisfacción con la capacidad de trabajo de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	6	7.5	7.5
Poco	22	27.5	35.0
Lo normal	35	43.8	78.8
Bastante satisfecho	12	15.0	93.8
Muy satisfecho	5	6.3	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 43.8% (35) indicaron lo normal en la satisfacción de su capacidad de trabajo (tabla 32).

Tabla 33

Satisfacción de sí mismo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	3	3.8	3.8
Poco	7	8.8	12.5
Lo normal	28	35.0	47.5
Bastante satisfecho	24	30.0	77.5
Muy satisfecho	18	22.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 35% (28) de los participantes indicaron tener una satisfacción normal en sí mismos (tabla 33).

Tabla 34

Relaciones personales de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	4	5.0	5.0
Poco	7	8.8	13.8
Lo normal	31	38.8	52.5
Bastante satisfecho	20	25.0	77.5
Totalmente	18	22.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 38.8% (31) de los participantes tuvieron una satisfacción normal con sus relaciones personales (tabla 34).

Tabla 35

Satisfacción de la vida sexual de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nada	12	15.0	15.0
Un poco	7	8.8	23.8
Lo Moderado	33	41.3	65.0
Bastante satisfecho	14	17.5	82.5
Muy satisfecho	14	17.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 15% de los participantes indicaron estar nada satisfechos con su vida sexual (tabla 35).

Tabla 36

Satisfacción con el apoyo de los amigos de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	6	7.5	7.5
Poco	12	15.0	22.5
Normal	28	35.0	57.5
Bastante satisfecho	22	27.5	85.0
Muy satisfecho	12	15.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 35% (28) de los participantes indicaron estar normalmente satisfechos con el apoyo de sus amigos (tabla 36).

Tabla 37

Satisfacción de las condiciones del lugar en donde viven de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Insatisfecho	4	5.0	5.0
Poco	9	11.3	16.3
Lo normal	32	40.0	56.3
Bastante satisfecho	21	26.3	82.5
Muy satisfecho	14	17.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 40% (32) de los participantes respondieron tener una satisfacción normal de las condiciones del lugar en donde viven (tabla 37)

Tabla 38

Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Poco	5	6.3	6.3
Lo normal	26	32.5	38.8
Bastante satisfecho	31	38.8	77.5
Muy satisfecho	18	22.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 38.8% (31) de los participantes estuvieron bastantes satisfechos con el acceso a los servicios sanitarios (tabla 38).

Tabla 39

Satisfacción con el transporte en la zona donde vivían los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	4	5.0	5.0
Poco	15	18.8	23.8
Lo normal	28	35.0	58.8
Bastante satisfecho	22	27.5	86.3
Muy satisfecho	11	13.8	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Se observa en la tabla 24 que el 35% (28) de los participantes estuvieron normalmente satisfechos con medio de transporte en la zona en donde vivían (tabla 39).

Tabla 40

Frecuencia de sentimientos negativos de los participantes.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	3	3.8	3.8
Frecuentemente	15	18.8	22.5
Moderadamente	31	38.8	61.3
Raramente	25	31.3	92.5
Nunca	6	7.5	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 18.8% de los participantes frecuentemente presentaban sentimientos negativos como: tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión (tabla 40).

Tabla 41

Auto percepción de la Calidad de Vida de los cuidadores primarios

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	13	16.3	16.3
Regular	59	73.8	90.0
Alta	8	10	100.0
Total	80	100.0	

Nota: cuestionarios aplicados

La tabla 41 muestra que un poco más de la mitad de la población participante de cuidadores primarios indicaron tener una regular auto percepción de Calidad de Vida.

Tabla 42

Área salud física de los participantes

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	0	0	0
Medio	48	60.0	60.0
Alto	32	40.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 60 % (48) de los participantes presentaron una mediana salud física (tabla 42).

Tabla 43

Área salud psicológica de los participantes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	0	0	0
Regular	39	48.8	48.8
Alto	41	51.2	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 43 se muestra que el 48.8% (39) de los participantes tuvieron una regular Calidad de salud Psicológica.

Tabla 44

Área de relaciones sociales de los participantes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	17	21.3	21.3
Medio	36	45.0	66.3
Alto	27	33.8	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 21.3 (17) de los cuidadores primarios presentaron bajas relaciones sociales (tabla 44).

Tabla 45

Área ambiental de los participantes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja calidad del ambiente	4	5.0	5.0
Regular calidad del ambiente	56	70.0	75.0
Alta calidad del ambiente	20	25.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 70% de la población participante presento regular calidad del ambiente en donde viven (tabla 45).

Tabla 46

Calidad de Vida Global de los participantes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja Calidad de Vida	0	0	0
Regular Calidad de Vida	57	71.3	71.3
Alta Calidad de Vida	23	28.7	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

Más de la mitad de los participantes tuvieron regular Calidad de Vida Global (46).

Tabla 47

Grado de estudios relacionado con Calidad de Vida Global de los participantes.

Grado de / Calidad de estudios Vida Global	Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
	Ninguno	3	3.7	1	
Primaria	25	31.2	2	2.5	27
Secundaria	12	15	11	13.7	23
Prepa	11	13.7	4	5	15
Universidad	6	7.5	5	6.2	11
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 31.2% (25) de los participantes cuyo último grado de estudios fue primaria tuvieron regular Calidad de Vida (tabla 47).

Tabla 48

Sexo y Calidad de Vida Global de los participantes

Sexo/ Calidad de Vida Global	Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
Sexo Femenino	39	48.75	16	20	55
Masculino	18	22.5	7	8.7	25
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 48.75% de los cuidadores fueron del sexo femenino y tuvieron una regular Calidad de Vida (tabla 48).

Tabla 49

Estado civil y Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios

Estadio civil / Calidad de Vida Global	Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
Soltero/a	10	12.5	6	7.5	16
Casado/a	33	41.2	9	11.2	42
Divorciado/a	1	1.2	0	0	1
Unión libre	8	10	7	8.7	15
Viudo/a	5	6.2	1	1.2	6
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 41.25% (33) de los participantes eran casados, presentaron regular Calidad de Vida (tabla 49).

Tabla 50

Lugar de procedencia y Calidad de Vida Global de los cuidadores

Procedencia/Calidad de Vida Global	Mediana Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
Morelia	6	7.5	3	3.7	9
Interior del estado	43	53.7	18	22.5	61
Fuera del estado	8	10	2	2.5	10
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 57.3% (43) de los cuidadores procedían del interior del estado y presentaron mediana Calidad de Vida (tabla 50).

Tabla 51

Apoyo psicológico y Calidad de Vida Global de los participantes

Apoyo psicológico/ Calidad de Vida Global		Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
		F	%	F	%	
Con apoyo	Si	12	15	4	5	16
Sin apoyo	No	45	56.2	19	23.7	64
Total		57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

En la tabla 51 se observa que el 56.26% (45) de los participantes no recibieron apoyo psicológico y tuvieron regular Calidad de Vida.

Tabla 52

Parentesco con la mujer que padecía cáncer de mama y Calidad de Vida Global de los cuidadores

Parentesco/ Calidad de Vida	Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
Hijo	19	23.7	8	10	27
Esposo/a	15	18.7	5	6.2	20
Herma/a	8	10	7	8.7	15
Nieto/a	3	3.7	0	0	3
Cuñada/o	1	1.2	1	1.2	2
Otro	11	13.7	2	2.5	13
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 23.7% (19) de la población participante que eran hijos de mujeres con cáncer de mama presentaron regular Calidad de Vida (tabla 52).

Tabla 53

Autoevaluación de Calidad de Vida y Calidad de Vida Global de los participantes

Autoevaluación/Calidad de Vida	Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total	
	Global	F	%	F		%
Baja		13	16.2	0	0	13
Regular		41	51.2	18	22.5	59
Alta		3	3.7	5	6.2	8
Total		57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 16.2 % (13) de los participantes se autoevaluaron con baja Calidad de Vida, en tanto que la clasificación global arrojada por el instrumento de evaluación mostró que en el 51.2% (41) era regular (tabla 53).

Tabla 54

Calidad de la dimensión salud física y Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios

Dimensión salud física/Calidad de Vida Global	Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
Regular salud física	45	56.2	3	3.7	48
Alta salud Física	12	15	20	25	32
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 56.2% (45) de los cuidadores primarios tuvieron regular salud en la dimensión física y la misma cualificación en Calidad de Vida Global (tabla 54).

Tabla 55

Relaciones sociales y Calidad de Vida Global de los cuidadores

Relaciones Sociales/Calidad de Vida Global	Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
Baja calidad de relaciones sociales	16	20	1	1.2	17
Regular calidad de relaciones sociales	31	38.7	5	6.2	36
Alta calidad de relaciones sociales	10	12.5	17	21.2	27
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 38.7% (31) de los participantes que tuvieron regular calidad en la dimensión relaciones sociales presentaron el mismo porcentaje en Calidad de Vida Global (tabla 56).

Tabla 56

Ambiente y Calidad de Vida Global de los participantes

Ambiente/Calidad de Vida Global	Mediana Calidad de Vida Global		Alta Calidad de Vida Global		Total	Chi Cuadrado
	F	%	F	%		
Baja calidad ambiental	4	5	0	0	4	
Regular calidad ambiental	50	62.5	6	7.5	56	p= 0.000
Alta calidad ambiental	3	3.7	17	21.7	20	
Total	57	71.2	23	28.7	80	

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

En la tabla 56 se observa que 62.5% (50) de los participantes tuvieron mediana Calidad de Vida Global se asoció a regular calidad del ambiente en donde vive, existiendo alta significancia estadística ($p= 0.000$).

Tabla 57

Dimensión salud psicológica Calidad de Vida Global de los cuidadores

Dimensión salud psicológica/Calidad de Vida Global	Mediana Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
	F	%	F	%	
Regular calidad Psicológica	36	45	3	3.7	39
Alta Calidad de Vida Global Psicológica	21	26.2	20	25	41
Total	57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 45% (36) tenían regular salud psicológica y una regular Calidad de Vida (tabla 57).

Tabla 58

Satisfacción de la vida sexual relacionada con la Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama

Satisfacción sexual/Calidad de Vida Global	Calidad de Vida				Total	Chi-cuadrado
	Regular		Alta			
	F	%	F	%		
Nada	10	12.5	2	2.5	12	
Un poco	7	8.7	0	0	7	
Lo Moderado	28	35	5	6.2	33	p= 0.000
Bastante satisfecho	10	12.5	4	5	14	
Muy satisfecho	2	2.5	12	15	14	
Total	57	71.2	23	28.7	80	

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

En la tabla 58 se observa que el 35% (28) de los participantes que tuvieron moderada satisfacción con su vida sexual la Calidad de Vida Global fue regular; los resultados muestran alta significancia estadística (p= 0.000).

Tabla 59

Autoevaluación de la Calidad de Vida y Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios

Autoevaluación de La Calidad de Vida/Calidad de Vida Global	Regular		Alta Calidad de Vida		Total	Chi-cuadrado
	Calidad de Vida		de Vida			
	F	%	F	%		
Muy mala	2	2.5	0	0	2	
Regular	23	28.7	2	2.5	25	
Normal	29	36.2	15	18.7	44	P= 0.002
Bastante buena	3	3.7	2	2.5	5	
Muy buena	0	0	4	5	4	
Total	57	71.2	23	28.7	80	

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

El 36.2% (29) de los cuidadores primarios se autoevaluaron con una Calidad de Vida normal, mientras que la Calidad de Vida Global fue regular (p =0.002), ver tabla 59.

Del objetivo Asociar la Calidad de Vida de los cuidadores primarios con el tipo de tratamiento recibido se obtuvo lo siguiente:

Tabla 60

Tipo de tratamiento que recibían las mujeres con cáncer de mama

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Radioterapia	4	5.0	5.0
Quimioterapia	51	63.7	68.8
Cirugía de mama	13	16.3	85.0
Terapia hormonal	12	15.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 60 indica que el 63.7% (51) de las mujeres que padecían cáncer de mama estaban en tratamiento con quimioterapia.

Tabla 61

Tipo de tratamiento que recibieron las mujeres con cáncer de mama y Calidad de Vida Global de los cuidadores.

Categoría	Radioterapia		Quimioterapia		Cirugía de mama		Terapia hormonal		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Regular Calidad de Vida Global	2	2.5	37	46.2	9	11.2	9	11.2	57
Alta Calidad de Vida Global	2	2.5	14	17.5	4	5	3	3.7	23
Total	4	5	51	71.2	13	21.5	12	25	80

Nota: cuestionarios aplicados. F = Frecuencia % = Porcentaje

La tabla 61 muestra que el 46.2% (37) de los participantes que cuidaban a la mujeres que recibían quimioterapia tenían regular Calidad de Vida.

Para el objetivo contrastar la Calidad de Vida de los cuidadores primarios que hayan recibido apoyo psicológico durante la etapa del diagnóstico y tratamiento de la mujer con cáncer de mama y quienes no lo recibieron se muestra lo siguiente:

Tabla 62

Apoyo psicológico de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Recibió apoyo	16	20.0	20.0
No recibió apoyo	64	80.0	100.0
Total	80	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 80% (63) de los cuidadores de mujeres con cáncer de mama no recibieron apoyo psicológico (tabla 62).

Tabla 63

Apoyo psicológico y Calidad de Vida Global de los participantes

Apoyo psicológico/ Calidad de Vida Global		Regular Calidad de Vida		Alta Calidad de Vida		Total
		F	%	F	%	
Con apoyo	Si	12	15	4	5	16
Sin apoyo	No	45	56.2	19	23.7	64
Total		57	71.2	23	28.7	80

Nota: cuestionarios aplicados F = Frecuencia % = Porcentaje

En la tabla 63 se observa que el 56.26% (45) de los participantes no recibieron apoyo psicológico y tuvieron regular Calidad de Vida.

4.2 Discusión

El presente trabajo de investigación denominado “Calidad de Vida en cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama” tuvo como fortalezas lo siguiente: contó con una institución de salud que maneja a la población de estudio brindando las facilidades para que la investigación se llevara a cabo en los servicios de consulta externa, clínica de mama y quimioterapia ambulatoria que fueron los departamentos donde se concentraban las mujeres que padecían cáncer de mama acompañadas por el cuidador; se contó con el apoyo del personal de dichos servicios y de la Jefa de Enfermeras lo que facilitó la aplicación de cuestionarios; también se obtuvo el apoyo de la Facultad de Enfermería para la realización de los trámites correspondientes.

Dentro de las principales debilidades que se presentaron se encuentra la pandemia por el virus de SARS-COV2; se incrementaron los casos de COVID en el personal del hospital y se suspendió la entrada a las personas acompañantes de mujeres con cáncer de mama al área y para evitar aglomeraciones y contagios, por tal motivo, no se pudo incrementar la muestra de la población de estudio. Otra debilidad encontrada fue que las mujeres que padecían cáncer de mama tenían un acompañante designado para sus citas médicas y el cuidador primario se quedaba en casa, situación que limitó la aplicación de dichas encuestas.

Durante la realización de esta investigación se observó que el personal de enfermería es capaz de establecer relaciones profesionales con los personas con cáncer de mama y su cuidador, pero carece de herramientas y habilidades para realizar una prevención y/o detección precoz de la sobrecarga de trabajo en los cuidadores primarios; como consecuencia de la sobrecarga en el personal de enfermería no se pudo brindar un cuidado y asesoría integral al paciente, mucho menos al cuidador primario.

En este estudio se encontró que la mayoría de los cuidadores primarios eran mujeres hijas y más de la mitad eran casado/as, con escolaridad primaria en su mayoría, situaciones

que coinciden con el estudio que realizó Puerto (2015) en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario de Santander, Colombia y con los resultados del estudio llevado a cabo por Expósito, Martín y Oviedo (2018) en un institución de salud de Barranquilla, Colombia.

En relación con los pensamientos negativos que frecuentemente presentan los cuidadores primarios (tristeza, desesperanza, ansiedad, entre otros) y comparándolo con los resultados de otros investigadores, coinciden con los de Puerto (2015). Haciendo alusión a la satisfacción del sueño, un tercio de la población participante estuvo afectada, en tanto que un poco más de la mitad de los cuidadores primarios no tenían tiempo para realizar actividades de ocio y carecían de recursos económicos para cubrir sus necesidades, resultados semejantes se encontraron en el estudio de Enríquez y Vargas (2018)..

El estudio mostró que la mitad de las mujeres que padecían cáncer de mama el tratamiento de base era quimioterapia los efectos del tratamiento estuvieron presentes en la mayoría de las personas, razón por la cual necesitaban de más cuidados, lo que condicionó que los cuidadores primarios tuvieran afectaciones en su CV.

De acuerdo al instrumento de The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), la CV se dividió en cuatro áreas más la satisfacción con el estado de salud (autoevaluación) el resultado de la autoevaluación fue regular; respecto a la salud física, más de mitad de los participantes tuvieron un nivel medio; psicológicamente, la mitad de los cuidadores primarios la reflejaron como regular; en cuanto a las relaciones sociales, en un cuarto de la población participante se presentaron como bajas, resultados equivalentes a los presentados por Puerto (2015) respecto a las áreas: física, psicológica y social

En lo referente al área del ambiente, en los cuidadores fue regular con alta significancia estadística; un poco más de una cuarta parte de los participantes indicaron estar moderadamente satisfechos con su salud sexual y menos de una cuarta parte tuvieron

afecciones negativas en esta área, los resultados tiene relación con otro estudio llevado a cabo por Expósito, Martín y Oviedo (2018).

Respecto a la satisfacción del sueño, una cuarta parte de los participantes estuvieron un poco satisfechos en este rubro, los resultados arrojados son similares al estudio de Enríquez y Vargas, (2018).

La Calidad de Vida Global de este estudio fue de regular, aunque en la autoevaluación algunos cuidadores primarios indicaron tener baja o regular CV, los resultados arrojados en el estudio de Puerto (2015) fueron semejantes al de este estudio.

Los resultados de esta investigación confirman que la CV es subjetiva, ya que influyen factores del entorno, las costumbres y el desarrollo de cada persona en relación a la percepción.

4.3 Conclusiones

- ❖ La mayoría de los cuidadores primarios eran mujeres, hijas de las mujeres que padecían cáncer de mama
- ❖ La Calidad de Vida de los cuidadores primarios es subjetiva
- ❖ La Calidad de Vida disminuye en cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama que están bajo quimioterapia
- ❖ Las relaciones sociales y en pareja de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama se ve afectada.
- ❖ La Calidad de Vida Global de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama es regular.

4.4 Sugerencias

- ✓ Ampliación de la población de estudio en la búsqueda de tener resultados con significancia estadística.
- ✓ Difusión de los resultados de este estudio para que el personal de enfermería implemente cuidados y eduque al cuidador primario de mujeres con cáncer de mama.
- ✓ Realización de un programa de seguimientos para los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama.
- ✓ Continuación de investigaciones en temas oncológicos tanto para las personas que los padecen como para los cuidadores primarios de las mimas.

V Referencias

- Alcaide, L. M., Rodríguez, G. C. J., de Reyes, L. S., Gallart, A. T., Sánchez, B. M. T., García, R. J. y Torné P. P. (2021). Clasificación actual del cáncer de mama. Implicación en el tratamiento y pronóstico de la enfermedad. *Cirugía Andaluza*, 32 (2):155-59.
https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2021/Cir_Andal_vol32_n2_09.pdf
- Alcaraz, B. M. (s.f.). *La glándula mamaria*.
<https://webs.um.es/mab/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=mama3.pdf>
- American Cancer Society. (2019). Cirugías para el cáncer de seno.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>
- American Cancer Society. (s.f.) Para la persona a cargo del cuidado de alguien con cáncer.
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7180.pdf>
- American Society of Clinical Oncology. (2020). Cáncer de mama: Estadios. *Cancer.Net*.
<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estadios>
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Garzón-Duque, M. O. y Salazar-Quintero, L. M. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Universidad Autónoma del Estado de México*, 97(24): 9-42.
<https://www.redalyc.org/journal/112/11257722002/html/>
- Bustos, A. M. C., Jiménez, C. D. M. y Ramírez, P. N. Y. (2018). Agencia de autocuidado según el modelo de Dorothea Orem en estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander Campus Cúcuta a-2018 (Tesis de Licenciatura en Enfermería).
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/4046/1/AGENCIA%20DE%20AUTOCUI>

[DADO%20SEG%C3%9AN%20EL%20MODELO%20DE%20DOROTHEA%20OREM%20EN%20ESTUDIANTES%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20DE%20LA%20UNIVER.pdf](#)

Clínica Universidad de Navarra. (2020). Edad. Diccionario médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>

Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. (2016). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de “sexo” y “género”?. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero>

European Society for Medical Oncology. (2018). Cáncer de mama. <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/1/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>

Enciclopedia Jurídica. (2020). Estado civil. <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>

Enríquez, R. M. C. y Vargas, F. M. A. (2018) Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México. *Hispanic Health Care International*, 16(2):70-75 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1540415318786675>

Espinosa, R. M. (2018). Cáncer de mama. *Revista Médica Sinergia*, 2 (1):8 – 1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>

Expósito, C. M .C. y Díaz, M. D. (2018) Calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado. *Salus*, 22(2): 9-13. <https://www.redalyc.org/journal/3759/375964034003/html/>

- Expósito, C. M. C., Martín C. M. Y. y Oviedo, C. M. (2018). La ESCV-FC para evaluar Calidad de Vida en cuidadores primarios en el Caribe colombiano. *Index de Enfermería*, 27(3), 152-155. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200011&lng=es&tIng=es
- Fernández, R. J. (s.f.). El registro del estado civil de las personas. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*. Pp 11-13. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>
- Fundación Hospital. (s.f.). Guía de atención al cuidador. <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>
- Garassini, M. E. (2016). Los cuidadores de pacientes con cáncer: aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud. *Psicología y Salud*, 26(2): 161-175. <file:///C:/Users/larod/Downloads/2192-Texto%20del%20art%C3%ADculo-10504-1-10-20160809.pdf>
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (2017). ¿Qué es Calidad de vida? <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Cáncer de Mama. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2017). *Tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención*. Ciudad de México: Editor; Secretaría de Salud <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-232-09/RR.pdf>

Instituto Vasco de Estadística. (s.f.). Procedencia.

https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_141/elem_4818/definicion.html

Infocáncer. (2021) El síndrome de desgaste del cuidador primario. *Revista Cancerología, del Instituto Nacional de Cancerología de México.*

<https://www.infocancer.org.mx/?c=cuidadores&a=sindrome-desgaste-cuidador-primario>

Mendoza, N. E. B., Olvera, P. S. y Quinto, S. K. (2014). *Calidad del cuidador primario de pacientes con dependencia grave.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma de Querétaro.

http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/958/Tes_MendozaNavaEB_CalidadVidaCuidador_2014.pdf?sequence=1

Núñez, R. A. C., Tobón, T. S., Arias, H. D., Serna, N. J. E., Rodríguez, H. M. A. y Muñoz, P. A. A. (2010) Calidad De Vida, Salud y Factores Psicológicos En Poblaciones No Clínicas De Dos Municipios Colombianos. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(2): 125-142. <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126694009.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cáncer de mama.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Peralta, P. S. L. y Rubí, V. M. (2019). Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enfermería Global*, 56. 56-67. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/1695-6141-eg-18-56-57.pdf>

Puerto, H. M. (2015). Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Rev Cuid.*, 6(2): 1029-40. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.154>

- Ramírez, J. A. G. y Álvarez, C. V. (2017). Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 191-203. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/191-203/es>
- Real Academia Española. (2021). Definición de parentesco. <https://dle.rae.es/parentesco>
- Rizo, V. A. C., Molina, L. M., Milián, M. N. C., Pagán, M. P. E. y Manchado G. J. (2016). Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n3/mgi07316.pdf>
- Rubilar, S. M. y Medina, G. A. (2020). Calidad de vida y frecuencia de actividad física en adultos mayores de agrupaciones comunitarias, comuna Chillán, Chile. *Rev. Méd. Risaralda*, 26 (2): 130-137. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n2/0122-0667-rmri-26-02-130.pdf>
- Ruiz, C. T. L. M. y Silva, P. J. E. (2016). *Calidad de vida del cuidador principal de los pacientes con enfermedad en fase terminal de una clínica privada, Chiclayo – 2016*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3067/Ruiz%20-%20Silva.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Santaballana, B. A. (2020). Cáncer de mama. *Sociedad Española de Oncología Médica*. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=0>
- Secretaría de Salud. (2021). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario Novena revisión*. Colima. http://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_9aRev2021.PDF

- Secretaría de Salud. (2017). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario Séptima revisión*. Colima. <http://juntoscontraelcancer.mx/jcc/wp-content/uploads/2017/06/152-GPC-Interinstitucional-CancerMama-Consenso-MexicanosobreDiagnosticoTratamiento2017.pdf>
- Vargas-Escobar, L. M. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichán*, 12 (1): 62-76. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124091007.pdf>



5.1 Anexos

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.

Autor: Organización Mundial de la Salud (1998)

Modificado para cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama por: Perez-Rodríguez y Alcántar-Zavala

Este instrumento se aplicará en personas que son los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama. La información obtenida se manejará de manera estrictamente confidencial. Favor de contestar con la mayor veracidad posible.

Antes de empezar con la prueba favor de responder las siguientes preguntas: marque con una "X" dentro de los paréntesis la respuesta y escriba sobre en el espacio en blanco marcado.

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad en años _____

¿Cuál es su último grado de estudios? Ninguno () Primaria () Secundaria () Prepa ()
Universidad ()

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a ()

En unión libre () Viudo/a ()

¿En la actualidad, padece alguna enfermedad? Sí () No ()

¿Cuál es? _____

¿Usted ha recibido apoyo psicológico durante el diagnóstico y tratamiento de la persona con cáncer de mama? Si () No ()

¿Qué tipo de tratamiento recibe actualmente la persona que padece cáncer de mama?

Radioterapia () Quimioterapia () Cirugía de mama () Terapia hormonal ()

¿Usted es el cuidador principal de la persona con cáncer de mama? Si () No ()

¿Qué parentesco tiene con la persona? Hijo/a () Esposo () Hermano/a () Nieta/a ()
Cuñada/o () Prima/o Otro ()

Lugar de procedencia Morelia () Interior del estado () Fuera del estado ()

Instrucciones: Instrucciones: A continuación, se presenta un cuestionario donde se evalúa la calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama. Para cada pregunta se presentan cinco opciones de respuesta, favor de seleccionar solo una respuesta que considere la más conveniente

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una

pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es el ambiente físico en su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a

16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¡Gracias por su participación!

5.2 Apéndice

Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado



Al firmar este documento autorizo mi participación en el estudio que me hará la Pasante en Servicio Social de Licenciatura en Enfermería: Linda Anahí Pérez Rodríguez, asesorada por la Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala, y que me sea aplicado el instrumento de valoración titulado, “Escala de calidad de vida The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)” mi participación consistirá en responder las preguntas que me sean realizadas, cómo parte del trabajo de la investigación llamada “Calidad de vida en cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama” Se me informó el criterio de respeto a mi dignidad y a la protección de mis derechos y bienestar. Estoy notificado de la protección de mi anonimato, solo se me identificará con mi previa autorización también de me dijo que puedo retirarme en cuanto yo lo deseé sin tener ninguna repercusión, de igual forma estoy enterado de que la investigación no tiene ningún riesgo a mi persona.

Se me comunicó que el estudio está basado en los principios éticos y legales que la justifican las dudas planteadas me fueron resueltas. La investigación cuenta con un dictamen favorable de los Comités de Investigación de Ética y de Bioseguridad de la Facultad de Enfermería.

Estoy informado de que resultados del estudio se darán a conocer en revistas científicas de investigación y en foros nacionales e internacionales, en donde se respetará mi anonimato.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del testigo.

Nombre y firma del testigo

Cualquier duda o aclaración comunicarse al número: 4435807637

Morelia, Michoacán,

2022