



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**

---

**Instituto de Ciencias de la Salud**

**Área Académica de Medicina**

**PROYECTO TERMINAL**

**“Intervención integral en calidad de vida para mujeres  
recuperadas de cáncer de mama”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**

**Maestra en Salud Pública**

**PRESENTA**

**P. en M. en SP Leidy Márquez González**

**Directora:**

**Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz**

**Codirector:**

**Dr. Juan Pablo Villa Barragán**

**Comité tutorial**

**Mtra. Trinidad Lorena Fernández Cortés**

**Dr. Rubén García Cruz**

**Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña**

**Pachuca de Soto, Hidalgo, México, enero 2023**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 Instituto de Ciencias de la Salud  
 School of Health Sciences  
 Área Académica de Medicina  
 Department of Medicine  
 Maestría en Salud Pública  
 Master in Public Health

Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/004/2023  
**Asunto:** Autorización de Impresión de PPT  
 Pachuca de Soto, Hgo., enero 18 del 2023

**L.N. LEIDY MÁRQUEZ GONZÁLEZ**  
**EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
 GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Intervención integral en calidad de vida para mujeres recuperadas de cáncer de mama”** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.  
 “Amor, Orden y Progreso”

D. en Psic. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña  
 Directora del Instituto de Ciencias de la Salud  
 Dean of the School of Health Sciences



MC.Esp. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del Área Académica de Medicina  
 Chair of the Department of Medicine

P.A.   
 D. en C.E. Lydia López Pontigo  
 Coordinadora de Posgrado del ICSa  
 Director of Graduate Studies of ICSa

M. en C.S. María del Consuelo Cabrera Morales  
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública  
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

RMEGS/LCRQ/LLP/MCCM/mchm\*



Eliseo Ramirez Ulloa Num. 400  
 Col. Doctores  
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42000  
 Teléfono 52(771) 71 720 00. Ext. 2366  
 mtra.saludpublica@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)



Pachuca de Soto, Hidalgo, noviembre 21 del 2022

M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES  
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la egresada LEIDY MÁRQUEZ GONZÁLEZ, con número de cuenta 279225, comunicamos a usted que el Proyecto Terminal denominado "Intervención integral en calidad de vida para mujeres recuperadas de cáncer de mama" está concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente:  
"Amor, Orden y Progreso"

D. en Psic. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Directora

D. en SP. Juan Pablo Villa Barragán

Codirector

Mtra. Trinidad Lorena Fernández Cortés

Asesora

D. en C.E. Rubén García Cruz

Lector

D. en Psic. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Tutora



## ***Agradecimientos***

Sin duda alguna uno de los logros más importantes dentro de mi profesionalización ha sido este proyecto terminal que con tanto esfuerzo y horas de trabajo se realizó. Cada una de las horas dedicadas a este trabajo fueron impulsadas por personas muy importantes en mi vida.

Agradezco a cada uno de mis profesores que lograron transmitir cada uno de sus conocimientos, a mis compañeros que durante toda la maestría mostraron interés por escuchar los avances y a mis amigos que cuando necesitaba un impulso siempre encontraban la manera de animarme. De manera muy especial quiero reconocer al comité tutorial que trabajo de la mano para lograr los resultados obtenidos, gracias por cada momento dedicado para guiar el proyecto con sus observaciones siempre valiosas, sin su expertis nada hubiera sido igual.

Una parte muy importante de mi formación es mi familia que con sus palabras de aliento formaron un pilar muy importante para llegar a donde estoy, es por eso que en estas líneas agradezco el nunca bajar la guardia ante mis sueños, gracias por las enseñanzas, los regaños y los apapachos que han contribuido a ser lo que soy. Es por eso que este proyecto esta dedicado a mis Padres y Hermanos que jamás dudaron en darme su apoyo para lograr mis metas.

## ***Resumen***

El cáncer de mama (CaMa) es una de las principales causas de mortalidad y presencia en mujeres, en la actualidad existen grandes avances en los tratamientos de esta enfermedad así mismo la esperanza de vida para este tipo de pacientes aumenta pues las campañas para su detección temprana cada vez son más exitosas, por lo que al menos el 90% de las mujeres sobrevive. El aumento de mujeres supervivientes es lo que nos lleva a concluir que se deben buscar tratamientos que ayuden a estas pacientes a mantener un estado de salud óptimo para disminuir los problemas que se dan después de haber superado la enfermedad, por lo que se puede determinar que una intervención integral es importante. El presente estudio de investigación tiene como objetivo evaluar el efecto de una intervención integral de salud que mejore la calidad de vida en mujeres recuperadas de cáncer de mama, demostrar las necesidades que esta población presenta junto con la oportunidad de crear políticas públicas que atiendan a este estrato de la población.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, calidad de vida, mujeres supervivientes.

## **ABSTRACT**

Breast cancer (CaMa) is one of the main causes of mortality and presence in women, currently there are great advances in the treatment of this disease, likewise the life expectancy for this type of patients increases because the campaigns for its detection early are increasingly successful, so that at least 90% of women survive. The increase in surviving women is what leads us to conclude that treatments should be sought to help these patients maintain an optimal state of health to reduce the problems that occur after having overcome the disease, so it can be determined that a comprehensive intervention is important. The objective of this research study is to evaluate the effect of a comprehensive health intervention that improves the quality of life in women recovered from breast cancer, to demonstrate the needs that this population presents together with the opportunity to create public policies that attend to this population stratum.

**Key words:** Breast cancer, quality of life, women survivors.

# Índice

Introducción.....	1
Capítulo I. Cáncer de mama.....	2
1.1 Conceptualización del Cáncer de Mama (CaMa).....	2
1.2 El CaMa y la Salud Pública.....	7
1.3 La Supervivencia del CaMa.....	10
Capítulo II. Afectaciones biopsicosociales del CaMa.....	12
2.1 Afectaciones Nutricionales.....	12
2.2 Afectaciones psicológicas.....	14
2.3 Afectaciones sociales.....	16
2.4 Concepto de calidad de vida.....	18
2.5 Calidad de vida en mujeres recuperadas del CaMa.....	20
2.6 Cáncer de mama y cuidados paliativos.....	22
Capítulo III. Técnicas de la intervención.....	24
3.1 Técnica psicoeducativa.....	24
3.2 Técnica de educación nutricional.....	27
Antecedentes.....	29
Planteamiento del problema.....	31
Justificación.....	34
Método general.....	36
Pregunta de investigación.....	36
Objetivos.....	36
Objetivo general.....	36
Objetivos específicos.....	36
Procedimiento.....	37
Fase 1.....	38
Resultados Fase 1.....	40
Fase 2.....	52
Resultados Fase 2.....	54
Fase 3.....	60

Resultado Fase 3.....	64
Discusión.....	71
Conclusiones.....	75
Recomendaciones.....	76
Limitaciones .....	77
Anexos .....	78
Referencias .....	100

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Mutación de células cancerígenas .....	2
<b>Figura 2</b> Etapas de la supervivencia.....	11
<b>Figura 3</b> Esquema del campo representacional del cáncer y de la quimioterapia. .....	20
<b>Figura 4</b> Mapa Clínico de Patogénesis.....	41
<b>Figura 5</b> Mapa de alcance de metas. ....	42
<b>Figura 6</b> Distribución por sexo de los jueces .....	54
<b>Figura 7</b> Grado académico de los Jueces .....	55
<b>Figura 8</b> Institución de procedencia de los Jueces. ....	55
<b>Figura 9</b> Experiencia de los Jueces en las técnicas utilizadas en la intervención	56
<b>Figura 10</b> Opinión de los Jueces sobre la intervención .....	57
<b>Figura 11</b> Puntuación Calidad de vida pre y pos test .....	64
<b>Figura 12</b> Puntuación en las áreas de la Calidad de vida obtenidas en el pre y pos test. ....	65
<b>Figura 13</b> Pre y pos test de conductas positivas en calidad. de vida.....	66
<b>Figura 14</b> Split autocuidado. ....	67
<b>Figura 15</b> Split alimentación. ....	68
<b>Figura 16</b> Split actividad física. ....	69
<b>Figura 17</b> Split higiene del sueño. ....	70

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Operacionalización de las variables Fase 1 .....	39
<b>Tabla 2</b> Carta descriptiva general de la intervención. ....	43
<b>Tabla 3</b> Operacionalización de las variables Fase 2.....	53
<b>Tabla 4</b> Evaluación de los objetivos de cada sesión.....	57
<b>Tabla 5</b> Evaluación de las actividades de cada sesión .....	58
<b>Tabla 6</b> Evaluación del material utilizado por sesión .....	58
<b>Tabla 7</b> Valores de Kappa Fleiss de la valoración por Jueces.....	59
<b>Tabla 8</b> Operacionalización de las variables Fase 3.....	62

## Introducción

A nivel mundial el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública pues el número de personas que padece y fallece a causa de esta enfermedad va en aumento, desafortunadamente nuestro país ocupa uno de los primeros lugares en incidencia y prevalencia de la enfermedad, en el caso específico de cáncer de mama (CaMa) se consolida como una de las principales causas de muerte de las mujeres mexicanas.

Durante el tratamiento del CaMa las mujeres son sometidas a distintos tipos de técnicas las cuales pueden ser quimioterapia, cirugía para extirpar la mama y radioterapias, dichos tratamientos causan problemas colaterales, que llegan a afectar la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en recuperación, principalmente comienzan con un descontrol físico pues aún ya recuperadas tienden a sentir dolores y fatiga para llevar a cabo sus actividades cotidianas, además de tener demasiada inseguridad por la apariencia que el tratamiento de la enfermedad les dejó, además de ser conscientes que las personas una vez que tuvieron cáncer jamás se pueden considerar completamente recuperadas pues el riesgo de una metástasis siempre estará presente, teniendo en cuenta que la esperanza de vida para las pacientes con metástasis es desalentadora.

Esta no es la única cuestión psicosocial que se presenta pues estas aparte del miedo al regreso de la enfermedad, tienen constantes problemas de autoestima, familiares y económicos, aunado a esto en pacientes recuperadas se ha notado una tendencia a ganancia de peso que llega a descontrolarse hasta llegar al sobrepeso u obesidad, el aumento de estos padecimientos puede aumentar el riesgo a desarrollar una metástasis en un futuro. Realizar una intervención integral con ayuda directa de profesionales de la salud mejora la calidad de vida de las mujeres supervivientes.

# Capítulo I. Cáncer de mama

## 1.1 Conceptualización del Cáncer de Mama (CaMa)

Empédocles Galeno fue el primero en especificar la palabra cáncer basado en las teorías de Hipócrates, la define como una enfermedad que se “desarrolla por la concentración excesiva de bilis negra por diversas causas que impiden su descarga”. Hoy en día el cáncer se define como una “Enfermedad neoplásica con transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada” o en una definición más sencilla “tumor maligno” (1).

El cáncer es el resultado de mutaciones o cambios anormales en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantiene sanas. Normalmente las células del cuerpo se renuevan mediante el crecimiento celular. Pero con el paso del tiempo, las mutaciones pueden “activar” ciertos genes o “desactivarlos”. La célula modificada adquiere la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control, por lo que produce más células iguales y esto genera el tumor (Figura 1). Este tumor puede ser benigno es decir no considerado peligroso para la salud o maligno que es potencialmente peligroso, estos últimos son cancerosos, de no ser controladas las células malignas pueden propagarse más allá del tumor original hacia otras partes del cuerpo (2).

**Figura 1** Mutación de células cancerígenas

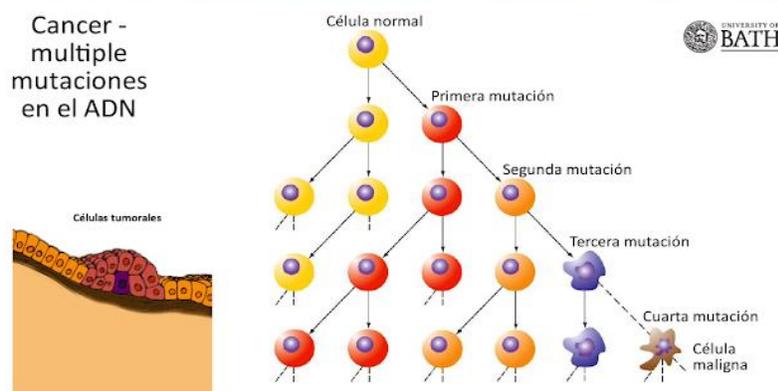


Imagen recuperada de: BATH U. Inside Cancer: How Genes Influence Cancer Development. 2017. disponible en: <https://eatthisroot.blogspot.com/2017/06/cancer-que-es-el-y-comoprevenirlo.html?view=snapshot>.

En América Latina es la principal causa de muerte. En el 2018, se diagnosticaron 3,8 millones de casos de los cuales 1,4 millones de personas murieron de la enfermedad, en las mujeres los cánceres más frecuentes son el de mama, pulmón y colorrectal. Se prevé que para el 2030 el número de personas que se podrían diagnosticar aumentarían un 32% y ascenderá a más de 5 millones de personas por año, debido a factores como el envejecimiento de la población, los estilos de vida y el aumento de exposición a factores de riesgo (3).

Hablando específicamente del cáncer de mama (CaMa) es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células mamarias. Generalmente, el CaMa se origina en las células de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche, o en los conductos, con menor frecuencia el cáncer de mama puede originarse en los tejidos que incluyen los conjuntivos grasos y fibrosos de la mama. Con el paso del tiempo estas células cancerígenas pueden invadir el tejido mamario circundante y llegar a los ganglios linfáticos de las axilas. En este caso el cáncer tiene más probabilidad de llegar a otras partes del cuerpo. Los estadios del cáncer de mama hacen referencia a lo lejos que se han propagado las células malignas más allá del tumor original (1).

El origen de este tipo de cáncer no es reconocido, pero se han podido encontrar distintos y múltiples factores relacionados con el desarrollo de la enfermedad, estos se pueden clasificar en biológicos, sociales o ambientales (exposición a sustancias cancerígenas) (2), los factores de riesgo más comunes se describirán a continuación. El envejecimiento además del sexo es uno de los factores de riesgo más importantes para el CaMa, pues una incidencia es altamente relacionada con el aumento de edad, siendo esta la razón por la cual la mastografía recurrente en mujeres de 40 a 60 años es importante. Otro factor no modificable es la historia familiar que casi una cuarta parte de todos los casos están relacionados con los antecedentes familiares (4).

Los factores reproductivos como la menarquia temprana, la menopausia tardía, la edad tardía para el primer embarazo y la baja paridad pueden aumentar el riesgo de CaMa, en algunas investigaciones se ha identificado que por cada año de retraso de menopausia aumenta el riesgo de padecer CaMa un 3%, mientras que un retraso en la menarquia y mayor cantidad de embarazos disminuye un riesgo de entre 5 a 10% (5).

Según algunas investigaciones las mujeres que llegan a no tener ningún embarazo tienen 30% más riesgo de padecer CaMa en comparación con las mujeres que tienen distintos embarazos. Lo que pasa en las mujeres que nunca amamantaron es que, cuando las mujeres están en periodo de lactancia los estrógenos y progesterona permanecerán en un nivel bajo evitando la proliferación de tejidos, incluyendo el tejido mamario (6).

Uno de los factores modificables es el peso corporal, pues se ha encontrado una relación entre la obesidad y el riesgo del CaMa, en parte porque la función de los adipocitos, que contribuyen a elevar la cantidad de hormonas circulantes. Algunos expertos indican que podrían evitarse hasta el 20% de los casos de CaMa si se evita el subir de peso y aumenta la actividad física, otras actividades como lo es el descanso y el sueño también juegan un papel importante entre estos factores negativos pues se ha encontrado el aumento del riesgo a padecer la enfermedad gracias al trabajo nocturno aumentado un 36% el riesgo (7). Un factor más que es modificable es el consumo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol, pues se ha notado que se podrían evitar hasta un 14% los casos si se redujera de forma considerable el consumo nocivo de alcohol y otras drogas (8).

Algunos de estos factores pueden incluso aumentar la mortalidad por CaMa tal es el caso del síndrome metabólico (obesidad central, dislipidemias, hipertensión y resistencia a la insulina) esto encontrado por Dibaba donde se asoció este padecimiento directamente con el aumento de la mortalidad de las pacientes con CaMa, a mayor aumento de componentes del síndrome metabólico mayor riesgo de mortalidad (9).

Comprender los factores de riesgo de la enfermedad ayuda a identificar también factores protectores que colaboren con el objetivo de incrementar la sobrevivencia de las mujeres enfermas, tales factores son: mantener una alimentación equilibrada rica en frutas y verduras, mantener un peso saludable, realizar actividad física diaria de 30 a 60 minutos diarios, también el evitar los tratamientos hormonales, y dar lactancia materna ayudará disminuir el riesgo del desarrollo de la enfermedad (10).

En cuanto existe el diagnóstico de cáncer se debe determinar el avance del tumor, así como el pronóstico de este. El estadio se determina principalmente por 3 factores: T= tumor, N= estado de los ganglios y M= presencia de metástasis. De una manera general se define al tumor como localizado cuando se encuentra en el estadio I y II; como localmente avanzados, cuando están en el estadio III y como avanzados o metastásicos cuando está en el estadio IV (2). De acuerdo con los estadios de la enfermedad el porcentaje de supervivencia a 5 años es de 100% para la etapa I, de 93% para la etapa II, 72% para la 3 y 22% para la etapa IV (11), por eso es que la detección precoz cobra importancia.

Como parte preventiva de la enfermedad y para su detección oportuna la mastografía es un tipo de imagen médica que permite descubrir cambios en las mamas de las mujeres que aún no muestran sintomatología del cáncer. Un programa de tamizaje con un número elevado de aplicación de mastografías consiste en estudiar regularmente a las mujeres sanas y su objetivo es la detección temprana y el aumento de las posibilidades de curación, mediante los tratamientos menos agresivos, oportunos y de menor costos los cuales permitan salvar vidas (12).

Existen varios métodos para el tratamiento de la enfermedad, los cuales son; la cirugía, que consiste en la extirpación del tejido canceroso la cual puede ser de distintas dimensiones, esta dependerá del grado de afectación así como también de la opinión del equipo médico; la radioterapia es una técnica la cual tiene como objeto eliminar las células cancerosas del área de administración suele ser un complemento de la cirugía, el efecto secundario principal de la radioterapia es la irritación en la piel; otro de los tratamiento es la quimioterapia que consiste en la aplicación de medicamentos por vía intravenosa, en el camino a su objetivo es posible que estos medicamentos logran destruir células sanas por lo que los efectos secundarios suelen ser variados (13).

El número de mujeres que sobreviven al CaMa tras el tratamiento es cada vez mayor, este aumento permite observar las consecuencias pues suelen aparecer distintos problemas tardíamente, este tipo de problemas impacta directamente en la calidad de vida de las mujeres recuperadas. La detección y tratamientos tempranos de los efectos secundarios son fundamentales, así como la vigilancia de posibles apariciones debe continuar a mediano y largo plazo (14).

## **1.2 El CaMa y la Salud Pública**

La Mortalidad por el CaMa resulta de una combinación de distintas barreras de información, económicas, culturales y de accesibilidad, que influyen en la percepción de las necesidades, así como en la búsqueda de la atención y continuidad de los tratamientos (15). Actualmente y con la presente situación de salud el número de mastografías en México sufrió una caída general del 50%, la cual se prolongó 6 meses. Según datos internacionales cuando existe un desplome del 75% por al menos 6 meses consecutivos los resultados esperados son 5000 muertes adicionales por neoplasias en los próximos 10 años a nivel mundial y aunado a esto, la carga más grande de enfermedad y muerte la recibirán los sistemas oportunistas de detección (12).

El CaMa se puede considerar como un problema de salud pública debido a la frecuencia de aparición, así como a las vidas perdidas por esta enfermedad en Latinoamérica y el mundo, este problema de gran magnitud no solo tiene un impacto personal sino también afecta a la pareja, familia, sociedad y al sistema de salud. Es el sistema de salud el que debe buscar la manera de aumentar la posibilidad de realizar una detección temprana durante los primeros estadios de la enfermedad y evitar identificar los casos en estadios más avanzados donde la probabilidad de supervivencia es mucho más baja además de que los tratamientos son más invasivos y costosos (16).

Los programas de prevención del CaMa deben buscar la sensibilización general sobre la enfermedad, desde la detección temprana, la concientización sobre la salud mamaria y la exploración clínica de las mamas, además de evaluar el riesgo de CaMa en la población y la evaluación del riesgo individual. Determinar el riesgo de una mujer a padecer la enfermedad podrá poner en marcha estrategias de prevención y tamizaje personalizado. Los profesionales de la salud deberán tener la capacidad para evaluar el riesgo y así poder orientar o referir a las pacientes para que reciban los servicios necesarios, también deben conocer y comprender las estrategias de prevención del CaMa incluidas las modificaciones del estilo de vida (17).

La detección precoz ayuda entonces a mejorar el pronóstico y la supervivencia de las mujeres, disminuyendo así la mortalidad de la enfermedad, es por eso por lo que la realización de estudios, como la mastografía da la posibilidad además de ayudar a reducir los índices de mortandad tendrán más exactitud los diagnósticos médicos (18).

Es por eso por lo que distintas organizaciones centran sus esfuerzos en la detección temprana. Tales acciones como la que organiza la OMS con la Iniciativa Mundial contra el CaMa que tiene como objetivo reducir el 2.5% anual la mortalidad mundial por la enfermedad, con lo cual entre el 2020 y 2040 se evitaran alrededor de 2.5 millones de muertes mundiales (17). A nivel global existen bastantes diferencias en el manejo de la enfermedad, pues en los países con ingresos medios y altos, el incremento y oportunidad de tamizajes novedosos y precisos, los tratamientos más efectivos mejoran la situación y el impacto de la enfermedad (19).

La Organización mundial de la salud promueve un programa integral en la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de la población que cursó con la enfermedad. Sobre la prevención la OMS enfatiza en el control de factores de riesgo y promueve la alimentación saludable, actividad física, control de consumo de alcohol, sobrepeso y la obesidad (20).

En México la Secretaría de Salud ha mantenido durante años programas a largo plazo para que en un futuro se pueda observar a través de la detección y diagnóstico oportuno, y con esto disminuir la mortalidad. Sin embargo, aunque en México la NOM-041 que recomienda que las mujeres de 40 a 69 años se realicen pruebas de tamizaje cada 2 años, la cobertura a nivel nacional es insuficiente pues aproximadamente cubre un 20%, lo cual no permite contribuir con la disminución de la mortalidad. Convirtiéndose entonces la detección temprana en la pieza central del control del cáncer de mama (21).

Los programas de tamizaje según algunas evidencias indican que el riesgo de mortalidad por CaMa se reduce en un 30% en poblaciones que de manera sistemática participa en campañas de detección. Se estima que, si México contara con programas permanentes, organizados y de calidad que cubrieran al menos a un 70% de las mujeres entre 40 y 69 años se salvarían 5 vidas de cada 1000 tamizadas. Desgraciadamente son varios los aspectos que impactan a este tipo de programas en el país, uno de ellos es la falta de seguimiento de las participantes; otro factor de importancia es el número de mastógrafos que son aproximadamente 1000 en el sector público, no solo el equipo es insuficiente si no también el número de personal cualificado para el tamizaje teniendo al 2021 solo 587 médicos radiólogos se encuentran calificados (12).

Con el actual panorama se tiene que considerar al CaMa como una situación de emergencia nacional, misma que solo se resolverá con programas organizados y permanentes que garanticen la seguridad y la adherencia de las participantes (Sollozo). Pues los programas de tamizaje tienen un enfoque positivo al aumentar la supervivencia de las mujeres cuya enfermedad ha sido diagnosticada de manera temprana en cualquier programa.

En el 2009 se estimó que el costo anual de atención medica en pacientes detectadas en la etapa I era de 74 522 pesos, mientras que aquellas en etapa IV ascendió a 199 274 pesos dicho lo anterior se puede identificar la relación etapa clínica con costo (15). Las actividades realizadas por el sector salud en México para ampliar la cobertura de mastografías son la compra de equipo para la realización y su inclusión a programas basados en evidencias científicas con apego a la salud pública además de la creación de Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnostico de Cáncer de Mama (UNEME – DEDICAM, 18 unidades en todo el país) (12).

### **1.3 La Supervivencia del CaMa**

La supervivencia al cáncer es el período de tiempo que inicia con el diagnóstico del cáncer y se extiende a lo largo del tratamiento, después de este y por el resto de la vida de la persona. El periodo que sigue a los principales tratamientos primarios puede ser particular importancia para los esfuerzos y la atención de supervivencia del cáncer, ya que existen efectos residuales a largo plazo o tardíos del cáncer y su tratamiento comienzan a dominar la experiencia de un paciente con cáncer, mientras que la utilización de la atención médica tiende a disminuir. Los efectos tardíos y a largo plazo relevantes para la supervivencia al cáncer se pueden clasificar en términos generales en efectos médicos, carga de síntomas, cambios funcionales y bienestar (22).

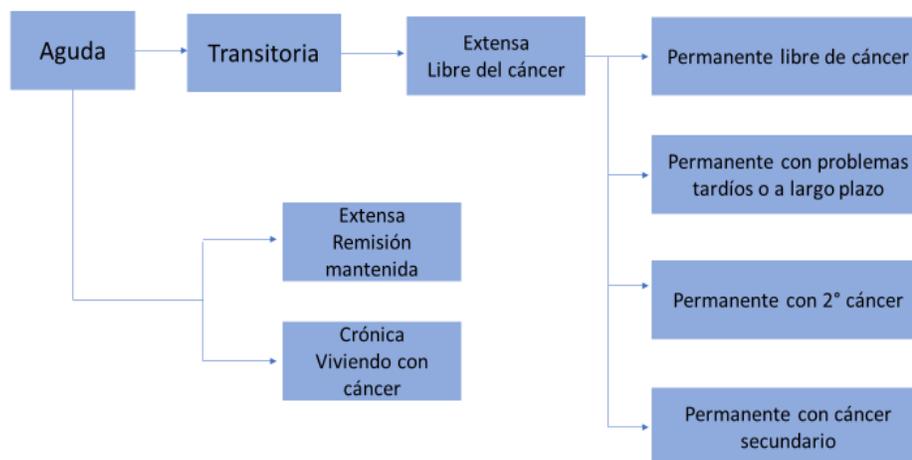
La supervivencia al CaMa y de otros tipos de cáncer no es diferente por lo que se puede considerar desde un punto de vista biomédico, se considera una persona superviviente de cáncer cuando, tras haber sido diagnosticada y tratada, ha permanecido libre de la enfermedad durante 5 años. Para la OMS se trata de aquellos pacientes que habiendo tenido cáncer han seguido un tratamiento y están curados, entendiendo por curados la remisión completa. Algunos otros autores consideran dentro de esta definición también a los familiares o cuidadores que acompañan durante todo el tratamiento a los pacientes de dicha enfermedad (23).

La trayectoria de supervivencia de un paciente que tuvo cáncer es bastante variable y la transición puede ocurrir en distintos intervalos. Algunos supervivientes desarrollan neoplasias malignas secundarias, esencialmente regresan a una supervivencia aguda final de la vida, esta parte de incluye dentro de la experiencia de la supervivencia del cáncer. Existen distintas etapas identificadas en la supervivencia. La primera de ellas es la supervivencia aguda que comienza desde el diagnóstico y abarca el tiempo de más esfuerzos de diagnóstico y tratamiento. El miedo la ansiedad y el dolor resultan tanto de la enfermedad como de los tratamientos y son elementos importantes y constantes de esta primera fase. El estadio se define tanto por la experiencia de la persona diagnosticada como para los familiares afectados por el diagnóstico (24).

La supervivencia extendida o extensa comienza cuando el tratamiento ha finalizado y la neoplasia está en remisión, se produce un progresivo alejamiento de los servicios médicos, una espera vigilante en la que los pacientes se preguntan si los síntomas que tienen son señales de recurrencia o solo parte de la vida cotidiana, además de la incertidumbre debido a las revisiones médicas sistemáticas que se mantienen al inicio de la nueva vida donde aprenden a vivir con los efectos secundarios.

Supervivencia permanente: La persona está libre de la enfermedad y poco a poco va adquiriendo confianza, debido al riesgo de recurrencia bajo, y en teoría ya ha dejado atrás la enfermedad y las consecuencias. El transcurso del tiempo ya se mide en años, los efectos adversos del tratamiento del cáncer van disminuyendo, y los que persisten de forma crónica o permanente se incorporan a un modo de vida del paciente (25) .

**Figura 2** Etapas de la supervivencia



Recuperado de [https://oncpracticemanagement.com/issues/2012/february-2012-vol-2-no-1?view=artlist&layout=section&secid\[0\]=87:february-2012-vol-2-no-1](https://oncpracticemanagement.com/issues/2012/february-2012-vol-2-no-1?view=artlist&layout=section&secid[0]=87:february-2012-vol-2-no-1)

En un análisis realizado en el 2016 por Cheung y Delfabbro sobre la aceptación de la supervivencia al cáncer como identidad por parte de antiguos pacientes de un proceso oncológico, el 77.9% de las pacientes que superaron el CaMa se identificaban como supervivientes, en comparación con hombres que padecieron cáncer de próstata solo el 30.6% asumía dicha posición (26).

# Capítulo II. Afectaciones biopsicosociales del CaMa

## 2.1 Afectaciones Nutricionales

Durante el paso del tiempo, nuestra dieta y estilo de vida han cambiado en relación con el desarrollo económico. En cuanto a salud, el estado de nutrición, patrones de alimentación y actividad física, se ha mantenido una evolución negativa. Como consecuencia se ha identificado un importante aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad, Para las pacientes el riesgo de la mortalidad aumenta gradualmente, además la obesidad tiene asociación directa con la mala calidad de vida, una mayor frecuencia de discapacidad y uso de servicios de salud y mayores gastos económicos (27).

Como ya se ha mencionado la parte nutricional juega un papel importante incluso antes de padecer CaMa, pero al enfermar también sigue retomando su importancia, tanto que se recomienda el asesoramiento nutricional durante y después de las terapias a las que son expuestas las personas enfermas, estos correctos manejos nutricionales podrían mejorar la supervivencia a largo plazo y la calidad de vida, pues los pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia experimentan una variedad de síntomas que empeoran la calidad de vida de los pacientes (28).

La obesidad y el CaMa están relacionados, el tratamiento que conlleva la enfermedad con una mayor probabilidad de pérdida de peso y el desarrollo de sobrepeso y obesidad. La etiología del aumento de peso asociado con el tratamiento del CaMa puede explicarse en parte por una disminución de la actividad física como resultado de una mayor sensación de fatiga. Esta reducción puede alcanzar hasta 50% de la actividad habitual de las mujeres. Por ende, la actividad física se convierte en un factor protector sobre el desarrollo del CaMa y su recurrencia por su influencia en los niveles hormonales, la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia (27).

Los regímenes quimioterapéuticos que llevan las pacientes de alrededor de 3 a 6 meses suelen acompañarse de efectos como lo son las náuseas, vómito, pérdida del apetito, sequedad en la boca y cambios en la percepción del gusto u olfato. El efecto más común después de la quimioterapia es el aumento de peso que se llega a dar en el 65% de las mujeres que reciben este tipo de tratamientos (20). El aumento de peso que se da después de este tipo de terapias oscila entre 1 a 5 kg y puede estar asociado a cambios en la composición corporal con el aumento de grasa y la disminución de la masa muscular, también conocida como obesidad sarcopénica. Tener sobrepeso u obesidad durante la quimioterapia podría influir en otras afecciones medicas como la diabetes, enfermedades cardiacas, hipertensión (29).

En estos pacientes con CaMa tienen ayunos que duran más de 48 horas, lo cual deteriora el estado nutricional del paciente, además la astenia conduce con frecuencia a la disminución del apetito, y a la fatiga que se relaciona directamente con el aumento de peso, siendo el grupo más afectado las mujeres posmenopáusicas. Pues en el 96% de las afectadas disminuyen su actividad física por la fatiga constante y la falta de energía (30).

Pero no solo la obesidad es la única alteración grave que aparece o empeora la salud de las pacientes pues el IMC bajo también está asociado a un peor pronóstico, siendo las náuseas inducidas por los fármacos utilizados tienen un impacto sustancial en la elección de la alimentación, lo que conduce a un consumo insuficiente de energía y nutrientes, lo que resulta como desnutrición, que afortunadamente es muy probable que este estado solo sea transitorio y se recupere una vez terminando la quimioterapia (31).

## 2.2 Afectaciones psicológicas

Las pacientes con CaMa viven un proceso adaptativo de duelo oncológico, que es un proceso donde pasan un conjunto de sentimientos y pensamientos de carácter individual de cada paciente (32). Desde el momento del diagnóstico de CaMa la paciente tiene un impacto emocional, problemas psicológicos y sociales, los más frecuentes que llegan con la aparición de la enfermedad en el ámbito emocional y psicológico son: depresión, ansiedad, miedo, estrés y problemáticas de autoestima (33).

La aparición de los problemas psicosociales pueden aparecer según la fase y evolución de la enfermedad; la fase de pre- diagnóstico se caracteriza por la preocupación de los síntomas; ya en fase de diagnóstico comienza la incertidumbre relacionada con el sometimiento a diversas pruebas y por la espera de resultados; en el tratamiento es el tratamiento médico el que centra la atención de estas mujeres pues la mayoría de estas técnicas terapéuticas traen consigo efectos secundarios que pueden detonar problemas de adaptación a las nuevas situaciones. Los enfermos de cáncer sufren una ruptura progresiva de su calidad de vida (34).

El hecho de padecer una enfermedad crónica como lo es el CaMa, puede generar emociones y activar procesos de pensamiento los cuales tienden a perturbar a las personas, existiendo así una relación entre los pensamientos negativos y el estrés. En algunas investigaciones se ha podido identificar que las mujeres sobrevivientes con pensamientos negativos tienen una mala calidad de vida física y psicológica, además de presentar más problemas de salud (35).

Es por eso por lo que la personalidad de la mujer que enfrenta el CaMa condiciona el afrontamiento de la enfermedad, y por lo tanto su bienestar. Para las mujeres enfermas es indispensable poseer la capacidad para controlar los eventos propios de la enfermedad y así desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento. Como ejemplo se puede tomar el cambio de imagen corporal de las mujeres con CaMa que está relacionada a la mastectomía, donde las pacientes refieren ese sentimiento de asimetría y la sensación de tener un cuerpo desproporcionado, además de encontrar otras cuestiones asociadas con la imagen corporal son la

ansiedad por el aumento o pérdida de peso y la alopecia causada por la quimioterapia (36).

En general las mujeres enfermas del cáncer reportan en algunas investigaciones pensamientos negativos hacia su propio cuerpo y afectación de su imagen corporal, autoestima y autoconcepto. La caída del pelo, la extirpación del pelo y distintos cambios corporales por las terapias hormonales llevan a cambiar la forma de vestir y aumentar la inseguridad de cómo alguien más las percibe, las mujeres en esta etapa creen haber perdido su atractivo como mujeres, experimentando mayor insatisfacción su propio cuerpo (37).

Las influencias culturales y sociales pueden complicar los efectos en el equilibrio psicológico del paciente y en el proceso de recuperación, especialmente para las mujeres que son influenciadas por mitos y juicios, es importante recalcar la idea errónea de que la enfermedad es un castigo por haber hecho algo considerado malo, así mismo es importante orientar a las mujeres en general el rompimiento de los tabúes que no permiten la identificación precoz por el temor de explorar el cuerpo (38).

Un aspecto importante a tratar en las pacientes durante y después de la enfermedad de manejar los sentimientos y emociones, discriminar sobre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir sus propios pensamientos y acciones. La inteligencia emocional se estructura en cuatro aspectos: perspectiva emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional (39). Se ha logrado evidenciar que dicha inteligencia emocional como un factor protector, que pueda permitir todo un proceso de adaptación de la enfermedad y la supervivencia. Existen distintos métodos terapéuticos que en la actualidad como lo son las intervenciones centradas en la respiración consciente capacitación en relajación, imágenes guiadas, meditación, expresión emocional y ejercicios que promueven creencias de control y búsqueda de beneficios(40).

## **2.3 Afectaciones sociales**

El CaMa percibido por las mujeres enfermas y sus familias que son su primer contacto social lo llegan a percibir como una sentencia de muerte lenta e implacable, lo cual permite que las mujeres direccionen la enfermedad y el tratamiento hacia lo negativo, Desde el primer momento de sospecha y hasta la finalización del tratamiento la mujer necesitara de un apoyo social pues este no es un fenómeno individual, es más bien un fenómeno colectivo en la que la familia juega un papel trascendente como mediador entre el individuo y la enfermedad (41).

Todos los familiares implicados en el cuidado del paciente oncológico tienen funciones que desarrollan, que van desde el acompañamiento hasta la verdadera contención en el afrontamiento de la enfermedad. En dicho camino la familia está relacionada afectiva y emocionalmente con el paciente lo que significa que el familiar no es solo un simple espectador de la experiencia que vive la persona enferma si no es un actor donde su propia experiencia es profunda y compleja como la del paciente. Pueden llegar a tener malestar emocional intenso con la percepción de la pérdida de control, la impotencia que se produce con la enfermedad de su familiar y el tratamiento al que está siendo sometido (42).

La ruptura de las redes sociales de las mujeres con CaMa es muy frecuente. Desde el diagnóstico y los continuos tratamientos tienen un impacto en la vida familiar de las supervivientes, las relaciones de familia y más en concreto las relaciones de pareja que forman parte del apoyo en toda la trayectoria de la enfermedad. El impacto de la enfermedad afecta profundamente a la unidad familiar, ya que desde el diagnóstico crea cambios emocionales en todos los miembros de la familia e interrumpe roles y estilos de vida (43).

Fortalecer los lazos familiares es necesario para aliviar el sufrimiento de las mujeres además de ayudarlas a ser más fuertes para afrontar la realidad, en caso de verse fracturados estos lazos los sentimientos de frustración y tristeza aparecen en las mujeres. Según algunas investigaciones se ha podido observar que frente a la enfermedad de alguien cercano la familia experimenta síntomas depresivos, ansiedad, sufrimiento e impotencia (36).

Para entender la comunicación con la familia se deben considerar dos cosas, la intersubjetividad, que se refiere a como los miembros de la familia mantienen la unión familiar a través de la interacción; y la interactividad referente a como la familia mantiene su estructura con patrones mediante los cuales los integrantes reaccionan entre sí. La comunicación debe ser clara, adecuada y completa si se quiere reducir la confusión y la ansiedad del paciente y su familia (44).

En el área laboral las mujeres pueden también experimentar cambios, la reincorporación laboral puede verse también alterada, identificando mayores tasas de desempleo en las supervivientes de CaMa. Además, también se observa la discriminación laboral con un número alto de despidos injustificados, o la transferencia a trabajos menos deseables o la imposición de limitaciones de responsabilidades, afecta directamente a las supervivientes que tienden a sentirse infravaloradas. Esta situación lleva a poner en riesgo la economía y a su vez repercusiones familiares, personales y psicológicas, la pérdida de este estilo de vida puede traer consigo el alejamiento social (43), se ha logrado identificar que las mujeres que se encuentran en estadios más avanzados no solo tienen menores tasas de supervivencia si también las enfrentan a costos de atención más altos.

En general con ayuda de la familia los cambios pueden ser pequeños pero la vida normal tomará curso. También los grupos de autoayuda son muy útiles para proporcionar apoyo emocional e información que facilita la aceptación y el conocimiento de la enfermedad por medio del intercambio de experiencias de otras mujeres en la misma situación, estas experiencias compartidas y la comunicación ayudan a eliminar la sensación de soledad y aislamiento (34).

## 2.4 Concepto de calidad de vida

Para el manejo de una enfermedad crónica como lo es considerado el CaMa el evaluar la calidad de vida, la cual tiene dimensiones que son altamente afectadas por estas enfermedades y tratamientos, al nivel clínico su abordaje ayuda al análisis de las áreas en que cada paciente presenta alteraciones relacionadas con su enfermedad y ayuda a evaluar el impacto que el tratamiento ocasiona y en todo caso donde no exista una cura, el mejoramiento de la calidad de vida es un objetivo terapéutico (45).

Un indicador relacionado con la percepción integral del bienestar de los individuos es su calidad de vida que para la OMS es la “Percepción del individuo sobre su vida, el lugar que ocupa en su contexto cultural y sistema de valores, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios, preocupaciones”. La calidad de vida para muchos autores concuerda que es un constructo multidimensional (46).

Las dimensiones más frecuentemente estudiadas de la calidad de vida son las siguientes (47):

1. El funcionamiento físico: que incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico, con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la calidad de vida. Incluyen preguntas como resistencia muscular y el poder de realizar las actividades habituales.
2. Bienestar psicológico: recoge las repercusiones del funcionamiento cognitivo, la vitalidad y la percepción de los problemas derivados de las enfermedades o tratamientos.
3. Estado emocional: engloba evaluación del manejo emocional, depresión, ansiedad y de los componentes del bienestar psicológico,
4. Dolor: evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a cualquier enfermedad.
5. Funcionamiento social: evalúa las repercusiones del estado de salud sobre el desempeño de las relaciones sociales, el aislamiento y las alteraciones en la familia y lo laboral.

6. Percepción de salud: valoración personal de la salud, perspectiva y resistencia a enfermar.

La calidad de vida toma importancia como factor de decisión de los pacientes, de tal manera que estos puedan decidir si toman un tratamiento si es que consideran que tendrá un gran impacto en la calidad de vida con pocas ganancias. Además, realizar la medición de esta permitirá saber que tan eficaz será el tratamiento en los pacientes. Para la salud pública este concepto y medición es necesario en la atención primaria de la salud, pues permitirá facilitar la elección de estrategias terapéuticas en las poblaciones con el fin de realizar intervenciones (38).

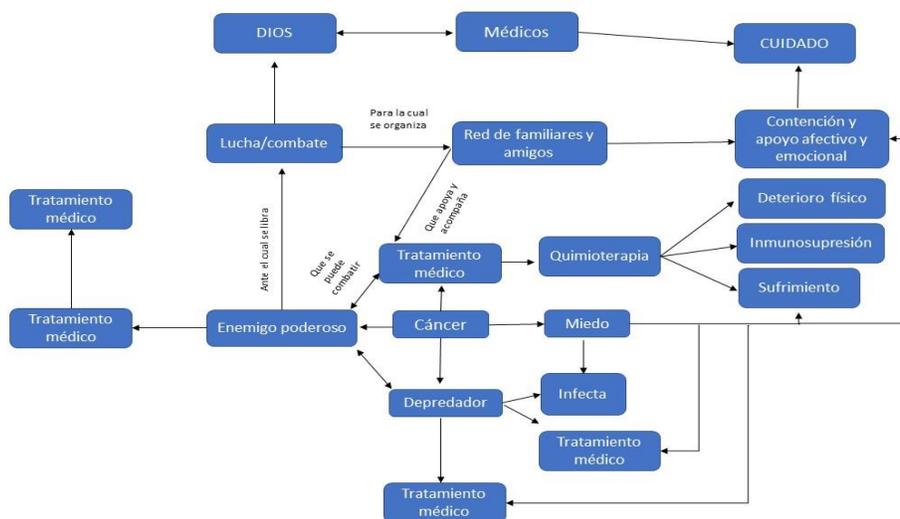
La evaluación de la calidad de vida en oncología se realiza valorando distintas áreas clave como lo son los protocolos de tratamiento, los servicios de los hospitales, modelos de atención multidisciplinaria o la práctica clínica diaria, en todas estas áreas, la calidad de vida es reconocida como una de las variables más importantes (48).

## 2.5 Calidad de vida en mujeres recuperadas del CaMa

La calidad de vida está relacionada de manera importante con la salud, hace referencia a las valoraciones que tiene el individuo en cuanto a la percepción de salud, tanto en aspectos subjetivos como objetivos (49), La calidad de vida es un tema complejo, que parte de lo que piensa y siente el paciente, y permita identificar factores modificables para mejorar el bienestar, Los estudios que tocan aspectos psicológicos, sociológicos y del entorno ofrecen un enfoque más integral en relación a la calidad de vida de las pacientes con este diagnóstico (50).

En los individuos con enfermedades crónicas tiene un quiebre importante de una de las dimensiones de la calidad de vida, la pérdida de la salud, en este caso usar el termino de calidad de vida relacionada con la salud es lo ideal. En los pacientes con cáncer este término hace referencia al impacto de la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos sobre como dimensionan su bienestar y su vida en general, en función de la percepción que tienen de sus limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades, como se puede mostrar en el esquema del campo de representación de la enfermedad (51) (42).

**Figura 3** Esquema del campo representacional del cáncer y de la quimioterapia.



Recuperado de: Palacios-Espinosa, X. X, González, M. I. M, Zani, B. B. Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. Avances en Psicología Latinoamericana (2015) 33(3) 497-515.

En las mujeres con CaMa se integran 3 componentes en la percepción de la calidad de vida: el componente individual que se refiere al estrés causado por la enfermedad, el de interacción que alude a el apoyo social con el que cuenta la paciente, y el comunitario relacionado con el sentido de la pertenencia (52).

Múltiples asociaciones dedicadas al cáncer de mama recomiendan tener ciertos cuidados los cuales tienen que ver con tratamientos nutricionales, actividad física y psicológica, diversos estudios se han encargado en demostrar si es que existe el mejoramiento de la calidad de vida de las pacientes oncológicas en recuperación, la creación de intervenciones ayudan a los profesionales de la salud a mejorar el tratamiento pues se puede identificar las principales problemáticas así como a orientar a las pacientes y familiares a mejorar ciertas acciones que ayuden a tener una calidad de vida normal (53).

Un procedimiento que afecta la calidad de vida de las mujeres recuperadas del CaMa es la mastectomía, pues al perder uno o ambos senos las complicaciones psicológicas aparecen. También dentro de las siguientes etapas de la enfermedad aparecen signos como el temor a la recidiva y la muerte, la sensación de pérdida de control, los problemas de adaptación física, malestar psicosocial, dificultades de relacionarse y baja sexualidad, además de la preocupación económica-laboral (52).

Sin embargo, no todo es negativo pues un aspecto que se ve favorecido en la calidad de vida de las mujeres es cuando sobreviven a la enfermedad pues la espiritualidad aumenta, y sus familias se unen para darles el apoyo requerido, lo cual ocasiona que las pacientes puedan ver de una manera positiva los pensamientos que surgen con la enfermedad mejorando su calidad de vida y sistema inmunológico, desafortunadamente no en todos los casos suceden estos aspectos favorables (54).

Existe la necesidad de un abordaje de la supervivencia desde un punto multidisciplinario de este tipo de pacientes, por las diferentes dimensiones afectadas (55). Los resultados de las intervenciones de la calidad de vida deben proporcionar los datos para generar las nuevas directrices que mejoren los procesos y alimenten las expectativas y necesidades de las supervivientes.

## **2.6 Cáncer de mama y cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos son un enfoque especial en el cuidado de las personas que enferman de una manera grave. Este tipo de cuidados se concentran en mejorar la calidad de vida ayudando a pacientes y cuidadores a tratar los síntomas graves de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. Los cuidados paliativos durante el tratamiento del CaMa deben estar presentes desde el diagnóstico y hasta incluso después del tratamiento de manera que los efectos secundarios sean tratados lo más pronto posible (55).

Los cuidados paliativos pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente, son una necesidad humanitaria urgente para personas con enfermedades crónicas como lo es el cáncer. Este tipo de cuidados pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales en más del 90% de los pacientes (56). Al mantener un acompañamiento durante la trayectoria de la enfermedad se podrá prevenir, evaluar y controlar padecimientos desarrollados del cáncer.

Se ha podido identificar que brindar este tipo de cuidados paliativos que deben recibir los pacientes oncológicos debe ser desde el comienzo de la enfermedad para garantizar un adecuado control sistemático, educación sobre la enfermedad, los pronósticos, un plan claro de tratamiento, preparación para el manejo del afrontamiento, asistencia en la toma de decisiones y la coordinación con otros niveles de atención (57).

El creciente aumento de enfermos crónicamente ha obligado a los países en el mundo a que sus sistemas de salud desarrollarán distintas estrategias para su cuidado entre ellos los cuidados paliativos que la OMS define como “la asistencia, integral, individualizada, y continua de la persona enferma en situación avanzada o terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador con fines de mejorar la calidad de vida” (58). Los cuidados paliativos no solo se enfocan en la etapa terminal si no desde el comienzo de las enfermedades críticas e incurables y no solo para mejorar la vida de los pacientes si no de la familia también.

En México la gran parte de las instalaciones a donde llegan los pacientes oncológicos cuentan con el acceso a las disciplinas indispensables para el manejo (oncología médica, cirugía, radiología de la mama, cuidados paliativos, patología y nutrición), sin embargo existen otro tipo de terapias necesarias para las pacientes a las que el acceso es difícil o no se cuenta con el apoyo en todas las clínicas, lo que conlleva a que las pacientes lleven distintos tratamientos en otras clínicas o desistan de acudir a los tratamientos integrales lo cual compromete los resultados terapéuticos (59).

## **Capítulo III. Técnicas de la intervención**

### **3.1 Técnica psicoeducativa**

El hombre tiende a ejercer una influencia social activa sobre otros seres humanos con los que se vinculan en el transcurso de su vida. Esta influencia se considera un fenómeno inherente a su condición de ser social. La aplicación de la psicoeducación ha evolucionado a lo largo del tiempo, tanto que cada vez más se aplica a distintas enfermedades, el principio básico de esta estrategia es brindar al paciente la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades de afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo (60).

La psicoeducación es una intervención psicoterapéutica que tiene como objetivo más las satisfacciones y ambiciones relacionadas con las metas perseguidas por el paciente, que una técnica destinada a curar una determinada enfermedad. Proporciona una forma de ayudar al tratamiento de algunas patologías a partir de cambios conductuales, sociales y emocionales, este trabajo permite la prevención de la salud. La psicoeducación utiliza datos teóricos de otras disciplinas en el sentido de que la paciente pueda obtener una comprensión holística de tu aflicción (61).

Los profesionales de la salud se convierten en parte esencial del proceso, ya sea como programa de apoyo en sí mismo o como técnica terapéutica al uso en determinados momentos de la intervención. La psicoeducación puede utilizarse en tres niveles particulares: el primero a nivel individual, el segundo a nivel familiar y el tercero a nivel grupal. En cada plano la intervención se comporta de diferente manera y realiza acciones o promueve ejercicios cognitivos o conductuales distintos en función sobre todo de con quien esta. Es decir, la psicoeducación no se encontrará completa de no adaptar el mensaje a las personas o grupos al que está dirigido (60).

La psicoeducación en concreto se define como una aproximación terapéutica en la cual se proporciona al paciente y su familia información específica acerca de su enfermedad, tratamiento o pronóstico, fundamentados en evidencias científicas actuales y relevantes para el abordaje de la patología. De esta forma se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, por los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejoramiento de la calidad de vida. La psicoeducación constituye una parte en la prevención de patologías asociadas al estrés del paciente o cuidadores, reduce el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento (62).

Existen distintas técnicas que presentan mayor aplicabilidad efectiva dentro de una técnica psicoeducativa, dichas estrategias las mencionaremos a continuación (63):

- a) Inoculación de estrés: es una técnica cognitiva y comportamental. Su metodología se da a partir del aprendizaje de técnicas de respiración y relajación para liberar la tensión en situaciones de estrés, el sujeto puede crear una lista de situaciones más estresantes para él.
- b) Desensibilización sistemática: Esta técnica intenta controlar las reacciones de ansiedad o miedo a las situaciones que resultan amenazadoras para el individuo. Consiste en adiestrar a la persona en la realización de ejercicios de contracción y relajación, esta acción permitirá conocer el estado de tensión del cuerpo y los recursos para relajar dichas zonas.
- c) Técnicas de autocontrol: Su objetivo es conseguir que el participante adquiera el control de su propia conducta a través del adiestramiento de su capacidad para regular las circunstancias que lo acompañan.
- d) Técnicas cognitivas: Es utilizada para cambiar el pensamiento, las evaluaciones erróneas o negativas respecto a las demandas o recursos del individuo con el fin de afrontarlas y facilitar la reestructuración de los esquemas cognitivos.

- e) Reorganización cognitiva: Ofrece varias vías y procedimientos para que una persona pueda reorganizar su manera de percibir y apreciar las situaciones. La forma de comportar y de sentir dependen de la percepción de las situaciones, es importante disponer de estrategias de redefinición de las situaciones cuando la definición que hemos adoptado no favorece una adaptación adecuada.
- f) Modelamiento encubierto: Esta técnica pretende modificar secuencias de conductas que son negativas y aprender aquellas satisfactorias para el individuo. El sujeto practica en la imaginación la conducta deseada de forma que adquiera seguridad y pueda llevarla después a la práctica.

Las intervenciones psicoeducativas cobran importancia dentro de la salud pública como una herramienta que permite fortalecer la prevención y promoción de la salud dentro de las distintas áreas de atención, pues esta puede ser aplicada en distintos tiempos, antes de la enfermedad, durante la enfermedad y en caso de problemas crónicos o adversos después de la enfermedad, tanto como pacientes como para cuidadores.

### **3.2 Técnica de educación nutricional**

Para cada uno de los problemas de salud es necesario que en las intervenciones no solo se toquen los temas concretos sino más bien es recomendable abordar y tener en cuenta factores relacionados con los comportamientos en donde se priorizan aquellos que pueden presentarse como bloques propios de cada una de las personas o grupos. Los factores relacionados con los comportamientos en salud pueden ser ambientales o personales, estos repercuten directamente en capacidades, toma de decisiones o situaciones que modifican los comportamientos de forma positiva o negativa de una persona (64).

En el actual panorama epidemiológico en el mundo las enfermedades crónicas no trasmisibles han crecido considerablemente, poniendo en la mira de las acciones de salud a la obesidad y el sobrepeso, dichas enfermedades están completamente relacionadas con los hábitos alimentarios, como lo son el bajo consumo de fibras, el alto consumo de grasas saturadas o azúcares simples y otras actividades poco saludables como el sedentarismo o el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco o el alcohol (65).

La elevada morbilidad y mortalidad asociadas a estas enfermedades demanda de acciones para su tratamiento y el de las enfermedades asociadas a ellas sea más elevado por lo que ha llevado a las estructuras gubernamentales a apostar más a las acciones preventivas. El principal instrumento de prevención primaria es la educación para la salud la cual abarca aspectos tales como la promoción de una alimentación sana y equilibrada, el fomento de la actividad física, prácticas del descanso y la aplicación de la cultura de la salud (66)

El objetivo de la educación nutricional es buscar actitudes y hábitos que resulten en una selección inteligente de los alimentos y en el consumo de una dieta nutritiva para todas las edades. El componente de la educación en nutrición, la promoción de una alimentación adecuada y un estilo de vida sano, recobra fuerza debido a la situación actual de salud (67).

Se ha demostrado la capacidad de esta técnica para mejorar por si sola el comportamiento dietético y el estado nutricional de los individuos, asimismo, tiene efectos a largo plazo en la educación y en la actuación saludable e independiente de los involucrados dejando salud a las futuras generaciones. La educación nutricional es necesaria en todos los ámbitos para la protección de la salud en las distintas poblaciones pues, esta contribuye al desarrollo adecuado tanto mental como físico. Esta estrategia de prevención primaria no es exclusiva de un grupo de edad, sin embargo, esta no es igual para todos los grupos de edad ya que esta deberá ser específica a las necesidades de cada uno de los grupos (67).

La educación nutricional de los individuos, exige una permanencia a lo largo del tiempo y adaptación a las circunstancias y características del sujeto, con un refuerzo constante que movilice sus actitudes y conductas en dirección correcta (65). Las actuales y nuevas políticas públicas deberán tener como una prioridad la educación nutricional en todas las etapas de la vida pues este debe considerarse como una estrategia de formación ya que, a través de la nutrición se puede prevenir en salud además de, formar en valores y en identidad, que permitan mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos (68).

La educación nutricional ha evolucionado conforme avanzan otras ciencias, y con esto se le han asignado distintos enfoques, desde el de pedagogía vertical descendente en el cual el conocimiento lo poseía el que enseñaba o el especialista en salud, hasta la pedagogía ascendente y horizontal es donde la población objetivo expresa sus necesidades sentidas y participa de forma activa en el proceso de enseñanza aprendizaje, empoderando a la persona para que tomen el control de su propia alimentación y salud. Busca llevar a cabo actividades educativas, participativas y realistas, incluye a todos los sectores relevantes y mejora sus capacidades (69).

## Antecedentes

Las intervenciones existentes que se enfocan en las mujeres supervivientes del CaMa, en su gran mayoría se enfocan en actividades específicas, las intervenciones realizadas en otras investigaciones se exponen a continuación.

En una investigación realizada por De Jesús et al., (2017), para determinar la viabilidad de un programa de ejercicio y rehabilitación oncológica, se incluyó a 17 mujeres canadienses diagnosticadas en los primeros 3 estadios de la enfermedad. La calidad de vida mejoró a las 16 semanas de intervención, se presentó una disminución de síntomas severos como dolor, fatiga, náuseas y ansiedad (70).

En otro estudio realizado por Morales et al., (2017), donde se realizó la intervención de 17 mujeres recuperadas de cáncer con la intención de disminuir problemas como la debilidad, depresión y ansiedad, realizaron durante 3 meses sesiones de ejercicio de una hora 3 veces a la semana, como resultado obtuvieron diferencia significativa para las variables de depresión y ansiedad (71).

Zick et al., (2018), llevó a cabo una intervención en 30 mujeres recuperadas de cáncer donde se controló la dieta durante 3 meses con el objetivo de disminuir la fatiga así como de mejorar la calidad del sueño, se realizaron dos grupos uno de ellos tenía el control de la dieta acompañado de orientación personal y el otro grupo solo recibía orientación individual como resultado fatiga tuvo una disminución de 39% para las mujeres del grupo que realizaba la dieta específica y el grupo con solo orientación tubo solo el 34%, mientras que para la calidad del sueño lograron mejorarla solo para las mujeres de control de dieta (72).

En un estudio donde se planteaba la efectividad de una intervención domiciliaria en la actividad física, medidas antropométricas, calidad de vida relacionadas con la salud de las sobrevivientes del CaMa, donde las participantes recibieron entrevista motivacional, encontraron que se percibía mejor la calidad de vida en comparación con el grupo control que solo recibió la información estándar de la enfermedad (73).

De manera similar en un estudio realizado con el objetivo de determinar si la pérdida de peso significativamente de un 10% conducía a cambios benéficos en la calidad de vida de las sobrevivientes, con una reducción calórica durante 12 semanas se encontró la baja de peso y la mejor calificación de calidad de vida en comparación con el inicio de la intervención (74).

Como se puede observar en dichas investigaciones se miden sólo aspectos psicológicos o nutricionales, es por eso por lo que al realizar un estudio donde se integren los aspectos físicos, nutricionales y psicológicos, permitirá tener un cambio integral. Como es bien conocido la formación de un hábito tarda de 21 a 66 días por lo que la evaluación de las intervenciones que se realizan para modificar estos, lógicamente tendrían que recaer en estos periodos.

Desafortunadamente en diversas investigaciones se pone en evidencia que al realizar una intervención inmediatamente se tomaban los datos para evaluar el conocimiento adquirido, esto quiere decir que al no dar cierto seguimiento no se sabe si las participantes adquirieron la información suficiente para realizar el cambio de hábitos que se buscaba.

Tal y como lo expresa Quintana López et al. (2018), en su artículo de revisión, donde analiza diferentes metodologías aplicadas a este problema de investigación, para el son pocas las intervenciones que se están realizando en este tipo de población además de considerar que a pesar de tener buenos resultados se sugiere evaluar a las participantes después de un tiempo con el objetivo de saber si las sobrevivientes del CaMa continuaron con los buenos hábitos adquiridos durante las intervenciones, la adquisición de estos nuevos hábitos modificara su calidad de vida, lo cual se verá reflejado en la disminución de riesgo de metástasis, así como la de síntomas asociados y el aumento de esperanza de vida de estas mujeres (75).

## Planteamiento del problema

El Cáncer de Mama (CaMa) se considera un problema de salud pública pues es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en mujeres adultas en Latinoamérica, así como en el mundo donde se coloca como el primer tipo de cáncer que afecta y causa la muerte de las mujeres. En el caso de México existe una incidencia de 50.0 casos por cada 100 000 mujeres, y una mortalidad de 12.5 por esta causa (3), siendo así el segundo país con mayor presencia de casos de Latinoamérica.

Se estima que al menos un 90% de las mujeres enfermas sobreviven. Las mujeres sobrevivientes del CaMa, usualmente tienen un modo de vida condicionado por las secuelas o morbilidades secundarias a los tratamientos de la enfermedad, a pesar de que la tasa de curación es bastante alentador las mujeres recuperadas por lo general no consiguen recuperar la calidad de vida de una mujer sana, las terapias a las que son sometidas pueden causar efectos que podrán presentarse en diferentes tiempos del proceso, pudiendo ser durante el tratamiento, al terminar de estos o persistir a lo largo del tiempo (76).

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda a las mujeres recuperadas de cáncer realizar a la semana al menos 150 min de actividad física, conservar un peso corporal saludable, no fumar (77). La importancia de que las mujeres sobrevivientes conserven un estado nutricional óptimo recae en que el aumento de peso, así como el sobrepeso y la obesidad elevan hasta cuatro veces el riesgo de generar enfermedades asociadas al padecimiento, tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, linfedema, fatiga, dolor de espalda crónico, osteoartritis y mayor frecuencia e intensidad de sofocos (78).

Resulta interesante resaltar que las mujeres con CaMa tienen la misma probabilidad o incluso más, de morir como consecuencia de una enfermedad cardiovascular que, por el CaMa, lo cual debe preocupar por que al menos un 40% de las mujeres recuperadas desarrollan sobrepeso u obesidad posterior al tratamiento, lo que las expone a un mayor riesgo de enfermar crónicamente, disminuyendo así su calidad de vida y supervivencia (79).

Al igual que la dieta la actividad física es otro aspecto importante para considerar pues en diversos estudios se ha logrado demostrar que las pacientes con CaMa reducen significativamente los niveles de actividad física. Por lo que se busca recomendar a las mujeres el aumento de actividad física antes, durante y después del tratamiento. La actividad física ha demostrado tener efectividad, eficacia y validez en la población sobreviviente, al igual se ha podido comprobar la mejoría en la sintomatología como lo es la fatiga, depresión, calidad de vida y funciones físicas (71).

El estado emocional de las pacientes dependerá también de la calidad de vida previa, así como del papel preponderante como madre, esposa y trabajadora, además de aquellas emociones y sentimientos que evolucionan durante el diagnóstico y tratamiento, generalmente este tipo de mujeres enfrentan miedo y angustia que requieren un tratamiento profesional, familiar y social, para así poder recuperar y mantener su calidad de vida (80).

Es de vital importancia tratar estas complicaciones emocionales que se pueden presentar en esta etapa como estrés, inseguridad, depresión y miedo, ocasionalmente causados por la idea de que son susceptibles a la reaparición de la enfermedad o por las afectaciones que el mismo tratamiento causó, los cuales pueden ser el temor al rechazo, dificultades económicas o dolores físicos (81). Existen algunas investigaciones sobre cambios de alimentación y su relación con el bienestar emocional, ya que al tener hábitos alimenticios saludables dará la confianza para aumentar el bienestar y tener pensamientos positivos (82).

No existe una gran variedad de programas de intervención de calidad de vida enfocados en mujeres recuperadas de este tipo de cáncer y en los que existen no se cuenta con una evaluación del efecto de la intervención tiempo después de haberse realizado (75), la realización nuevos trabajos de investigación podrán contribuir a identificar a la calidad de vida como una dimensión que se ve afectada, por lo tanto la creación e implementación de políticas públicas que mejoren las condiciones de salud físicas y emocionales serán necesarias para el seguimiento de las mujeres recuperadas (80). Entonces la presente investigación busca responder la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de una intervención integral en la calidad de vida de mujeres recuperadas de cáncer de mama?

## Justificación

Debido a los grandes avances en el tratamiento y manejo y detección temprana del CaMa, se debe resaltar que existen un gran número creciente de mujeres recuperadas que en lo particular para México es de un 90% de todos los casos detectados anualmente. A pesar de esto no existen tantas investigaciones que se dediquen a estudiar aspectos relacionados con la calidad de vida de esta población, es necesario que los especialistas en salud conozcan las necesidades e inquietudes de estas mujeres.

La valoración de la calidad de vida ayuda a brindar mejores cuidados, así como constituye una de las intervenciones más importantes para los pacientes oncológicos, no solo se debe tener el monitoreo de esta durante el comienzo de la enfermedad sino durante todo el proceso, habitualmente se trata de modificar el estilo de vida cuando ya existen afectaciones más severas, por lo que la importancia de generar más estudios que ayuden a la creación de políticas públicas encaminadas a mejorar el bienestar físico y emocional de este tipo de pacientes, es cada vez mayor (34).

Por lo general al menos el 50% de las mujeres sobrevivientes al CaMa tienen afectaciones físicas, sociales, emocionales a largo plazo que la afrontación y los tratamientos de la enfermedad trajeron consigo según algunas investigaciones los malestares más frecuentes son: fatiga, dolor, alteraciones del sueño, linfedema, dolor de hombro y brazo, disfunción sexual, sobrepeso u obesidad, ansiedad, depresión, aislamiento, miedo a la recurrencia y deterioro cognitivo (80).

Las intervenciones en calidad de vida en general buscan mantener el bienestar físico es decir mantener la funcionalidad y la independencia; el bienestar psicológico que ayuda a las pacientes a tener control emocional, así como disminuir el estrés y miedo; bienestar social enfocados en mejorar la red de convivencia de las mujeres.

La importancia de generar este tipo de investigaciones recae en el poco número de propuestas de intervención para este tipo de población y en las existentes se abordan temas por separado por lo cual creo que es relevante llevar a cabo una intervención integral que ayude a mejorar la mayor cantidad de síntomas posible, así mismo demostrar que este problema es multidisciplinario y que la relación psico nutricional ayuda a mantener la calidad de vida de este tipo de pacientes, pues podría dar mejora a el bienestar físico y emocional de las mujeres sobrevivientes del CaMa.

# **Método general**

## **Pregunta de investigación**

¿Cuál es el efecto de una intervención integral de salud para modificar la calidad de vida en mujeres recuperadas de cáncer de mama?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Evaluar el efecto de una intervención integral de salud que mejore la calidad de vida en mujeres recuperadas de cáncer de mama durante el 2022.

### **Objetivos específicos**

1. Diseñar a partir de una revisión de la literatura científica una intervención integral de salud para mejorar la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes del cáncer de mama.
2. Someter a una evaluación por jueces expertos a la intervención psicoeducativa que busca mejorar la calidad de vida de las mujeres recuperadas de CaMa.
3. Determinar el efecto de una intervención integral de salud en la calidad de vida de las mujeres recuperadas del cáncer.

## Procedimiento

Para el presente estudio se llevarán a cabo en tres fases las cuales se describen en el siguiente esquema:



## **Fase 1**

### **Pregunta de investigación**

¿La revisión de la literatura permitirá identificar los componentes de una intervención psicoeducativa que mejore la calidad de vida de las mujeres recuperadas de CaMa?

### **Objetivo general**

Crear una intervención psicoeducativa que mejore la calidad de vida en mujeres recuperadas de cáncer de mama.

### **Hipótesis de trabajo**

A partir de una revisión teórica sistemática de la información, es posible crear una intervención psicoeducativa basada en evidencias, que permita recuperar la calidad de vida a las mujeres supervivientes del CaMa.

### **Tipo de diseño**

Descriptivo, no experimental, transversal.

### **Selección del material bibliográfico**

De la búsqueda de información se obtuvieron 16 artículos que cumplieron con las pautas de elección.

### **Criterios de inclusión**

- Artículos que hablan en específico de la supervivencia del CaMa.
- Artículos que incluyeran intervenciones psicológicas, nutricionales o de actividad física.

### **Criterios de exclusión**

- Artículos que en su intervención utilizaran medicamentos o tratamientos.

### **Criterios de eliminación.**

- Artículos que abordaran otro tipo de cáncer o no fueran específicos en su información.

## Variables

**Tabla 1** Operacionalización de las variables Fase 1

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Intervención psicoeducativa para mejorar la calidad de vida de mujeres recuperadas del CaMa	Proceso de acción, dinámico, continuo, integral e integrador, dirigido a todas las personas en todos los ámbitos, facetas y contextos a lo largo de su ciclo vital y con un propósito preventivo, de corrección o desarrollo (83).	Técnicas seleccionadas para la intervención a partir de la revisión de la literatura (Autorregistros de estilos de vida saludable, técnicas psicoeducativas, educación nutricional y activación conductual).

## Procedimiento

Para la realización de esta fase se comenzó con la revisión teórica de la literatura en los principales buscadores científicos como Google académico, Scielo, Pudmed y Redalyc. Para la búsqueda se utilizaron palabras como: Cáncer de mama, afectaciones del cáncer de mama, sobrevivientes del cáncer de mama, calidad de vida de las sobrevivientes al CaMa, tratamientos del CaMa, después de obtener un banco de información y realizar las lecturas, se identificó la información con la que se pudo caracterizar el caso clínico que a su vez permitiría realizar e identificar los temas y técnicas necesarias para conformar la intervención integral en calidad de vida.

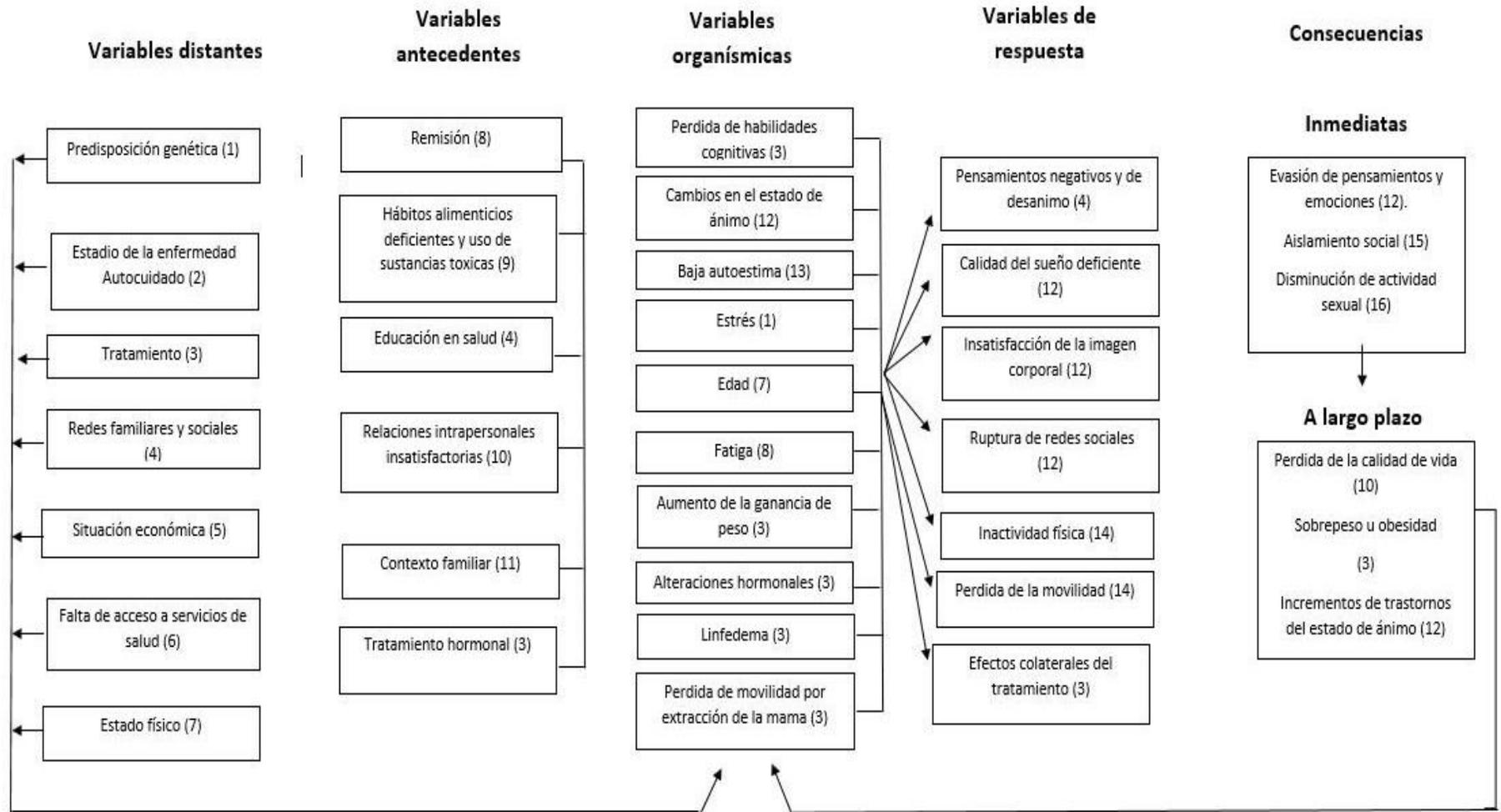
## Resultados Fase 1

Los resultados de la fase 1 del presente estudio se describirán a continuación, después de realizar la revisión literaria se determinó que la calidad de vida en las mujeres recuperadas de CaMa se ve fracturada por distintos problemas que enfrentan, los más frecuentes mencionados por la literatura y los que ocasionan mayor problemática a corto y largo plazo son: la evasión de pensamientos y emociones, aislamiento social, incertidumbre, disminución de la actividad sexual, sobrepeso y obesidad, problemas de sueño e incremento de los trastornos del estado del ánimo (figura 4).

Según esta revisión sistemática se plantean como estrategias potenciales de intervención las siguientes técnicas: psicoeducativa, educación nutricional y de activación conductual, estas ayudaran a cumplir metas de resultados finales que para este proyecto son fomentar en las participantes el mejoramiento de la calidad de vida, la alimentación saludable y el adecuado manejo de la enfermedad (figura 5).

Al concretar las técnicas y las metas de la intervención podemos definir su estructura, la cual consta de 8 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, las sesiones a implementar se muestran en la tabla 2.

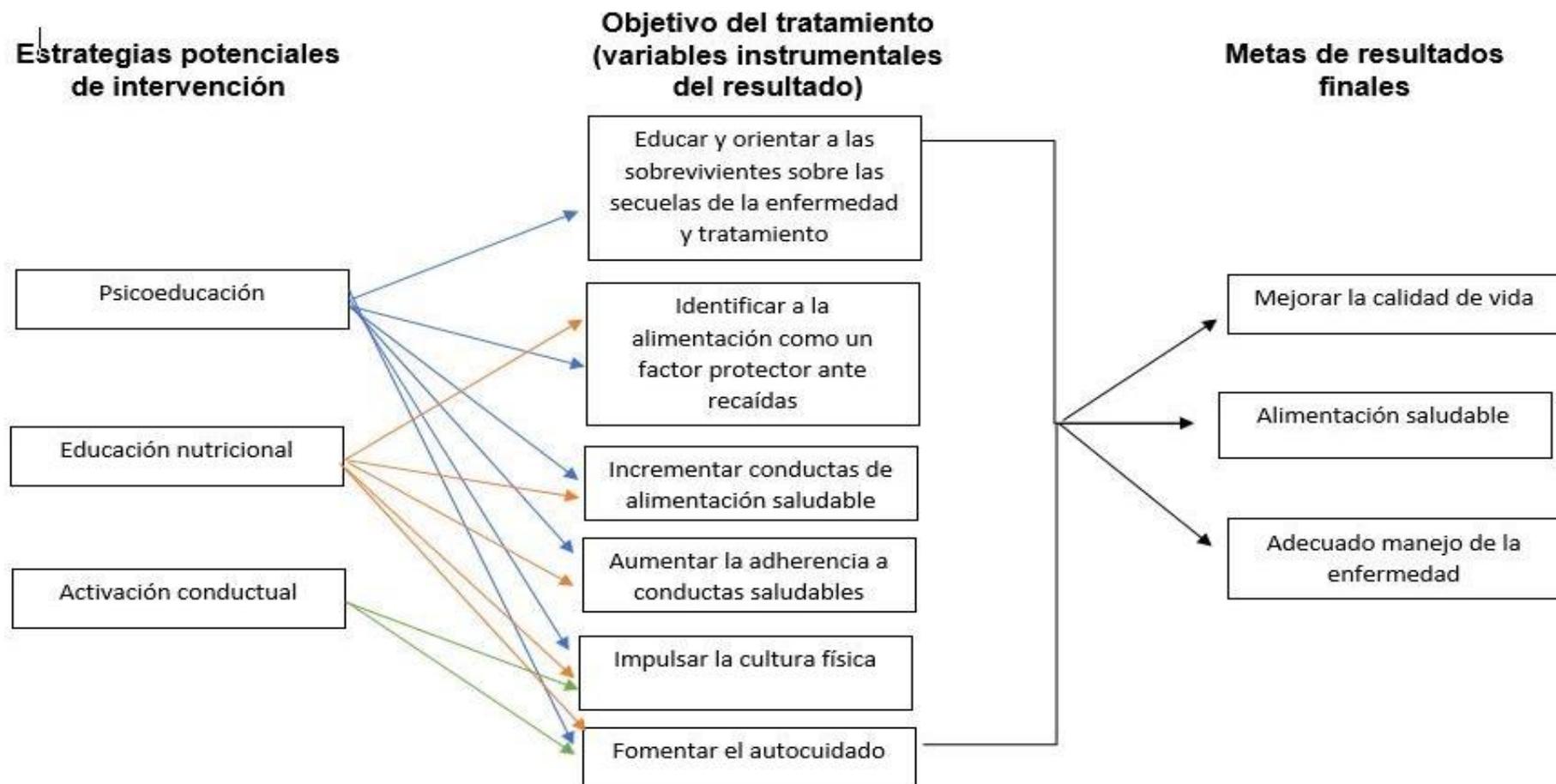
**Figura 4** Mapa Clínico de Patogénesis



Elaboración propia

Nota: Las referencias utilizadas para la elaboración de este mapa se encuentran en la sección de Anexos (Anexo 2).

Figura 5 Mapa de alcance de metas.



Elaboración propia

**Tabla 2** Carta descriptiva general de la intervención.

<b>“La siguiente página”</b>		
<b>Sesión</b>	<b>Nombre</b>	<b>Objetivo general</b>
<b>Sesión 1</b>	Preevaluación	Identificar si existen problemas en la calidad de vida de mujeres sobrevivientes del Cáncer de Mama (CaMa)
<b>Sesión 2</b>	¿Qué me pasó?	Educar y orientar a las sobrevivientes sobre las secuelas de la enfermedad y tratamiento
<b>Sesión 3</b>	Tus hábitos, te definen	Explicar a las participantes la importancia de la modificación de hábitos saludables
<b>Sesión 4</b>	Me cuido, porque me quiero	Fomentar en las participantes conductas de autocuidado
<b>Sesión 5</b>	Aliméntate para ti	Identificar a la alimentación como un factor protector e Incrementar conductas de alimentación saludable
<b>Sesión 6</b>	Me muevo, Yo puedo	Fomentar en las mujeres sobrevivientes hábitos de actividad física
<b>Sesión 7</b>	Dormir bien, vivir bien	Orientar a las participantes sobre la importancia de tener una adecuada higiene del sueño
<b>Sesión 8</b>	Posevaluación	Identificar la posible existencia de cambios en la calidad de vida de las participantes después de la intervención

A continuación, se describen con mayor profundidad cada una de las sesiones y los materiales a utilizar:

## **Sesión 1: Preevaluación**

**Objetivo:** Identificar si existen problemas en la calidad de vida de mujeres sobrevivientes del Cáncer de Mama (CaMa).

### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular.

### **Descripción de la sesión:**

Para comenzar con la sesión se da el mensaje de bienvenida a las participantes explicando en qué consistirá la intervención y la dinámica de trabajo. Posterior a esto se explica cómo se deben contestar los cuestionarios digitales y en caso de requerir apoyo se brindará orientación más especializada al momento de la primera contestación. Como siguiente paso se envían los links de los cuestionarios autorregistros (Anexo 6) y FACT-B (Anexo 7).

## **Sesión 2: ¿Qué me pasó?**

**Objetivo:** Educar y orientar a las sobrevivientes sobre las secuelas de la enfermedad y tratamiento.

### **Técnicas a utilizar:**

1. Psicoeducativa
2. Grupo de discusión
3. Entrevista motivacional

### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular
- Enlace Google Meet de la intervención
- Presentación “¿Qué me pasó?”
- Manual del participante
- Lápiz o lapicero

### **Descripción de la sesión:**

Previo a la sesión las participantes deben contestar el cuestionario de autorregistro. En esta sesión se comienza con la felicitación y un mensaje motivacional por la supervivencia de la enfermedad, se continúa hablando sobre los problemas comunes de salud a los que se enfrentan como pacientes, para después dar una serie de recomendaciones para el afrontamiento de las dificultades resaltando la importancia de la rehabilitación. Como parte final de la sesión se abre el grupo de discusión entre las participantes donde podrán expresar como es que superviven y se aplica técnica de entrevista motivacional al momento de terminar los relatos, se pide al finalizar contestar un cuestionario digital para obtener evidencias de la sesión o en caso de no poder contestar la actividad 1 del manual del participante y pedir el envío de una fotografía clara de dicha actividad.

### **Sesión 3: Tus hábitos, te definen**

**Objetivo:** Explicar a las participantes la importancia de la modificación de hábitos saludables.

#### **Técnicas a utilizar:**

1. Psicoeducativa
2. Autoconstrucción

#### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular.
- Enlace Google Meet de la intervención
- Presentación “Tus Hábitos, te definen”
- Manual del participante
- Lápiz o lapicero

#### **Descripción de la sesión:**

Se solicita la contestación de los autorregistros. Se inicia la sesión con una lluvia de ideas sobre ¿Qué es la calidad de vida? Y como se podría definir se llegará a un consenso y se determinara su concepto, se habla posteriormente sobre los hábitos saludables, hábitos negativos y como se podría incorporar hábitos saludables a sus vidas cotidianas. Se realiza la actividad ¿Qué es lo que hago bien?, las participantes explicaran los hábitos negativos que realizan en su vida cotidiana, así como los hábitos positivos, los anotaran en la hoja de la actividad o en un formulario digital exclusivo de la sesión.

## **Sesión 4: Me cuido, porque me quiero**

**Objetivo:** Fomentar en las participantes conductas de autocuidado

### **Técnicas a utilizar:**

1. Psicoeducativa
2. Grupo de discusión

### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular.
- Enlace Google Meet de la intervención
- Presentación “Me cuido, porque me quiero”
- Manual del participante
- Lápiz o lapicero

### **Descripción de la sesión:**

Después de verificar que se encuentren todas las respuestas de los autorregistros, se abre la sesión donde se determina que es el autocuidado, su relevancia y sus áreas que este abarca, se especifica cada uno de los pasos a seguir para llegar al autocuidado, para abrir entonces la conversación que en esta sesión será sobre como realizan las prácticas de autocuidado o como empezarían a realizarlo, se dará la palabra a algunas participantes y se proporcionara un formato digital para conocer sus opiniones después de la sesión o se pedirá envíen la información que ellas escriban en el manual de la participante actividad ¿Cómo lo hago yo?.

## **Sesión 5: Aliméntate para ti**

**Objetivo:** Identificar a la alimentación como un factor protector e Incrementar conductas de alimentación saludable

### **Técnicas a utilizar:**

1. Psicoeducativa
2. Educación nutricional

### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular.
- Enlace Google Meet de la intervención
- Presentación “Aliméntate para ti”
- Manual del participante
- Lápiz o lapicero

### **Descripción de la sesión:**

Una vez con los autorregistros identificados, se inicia la sesión teórico-practica donde se habla sobre la importancia de la salud, calidad de vida y la alimentación saludable. Para continuar se dará información sobre las características de la dieta correcta, terminando con la explicación y ejemplos de cada uno de los nutrientes (HCO, proteína, lípidos). Realizar actividad “Mi menú saludable”, las participantes elaborarán una propuesta de menú saludable y lo compartirán al grupo, los anotarán en la hoja de la actividad o en un formulario digital que se les proporcionara.

## **Sesión 6: Me muevo, Yo puedo**

**Objetivo:** Fomentar en las mujeres sobrevivientes hábitos de actividad física

### **Técnicas a utilizar:**

1. Psicoeducativa
2. Activación conductual

### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular.
- Enlace Google Meet de la intervención
- Presentación “Me muevo, Yo puedo”

### **Descripción de la sesión:**

Después de tener el registro de todos los cuestionarios contestados, se comienza con la sesión explicando conceptos como sedentarismo, actividad física, y ejercicio, se sugieren algunas actividades que se pueden hacer desde casa para aumentar la actividad física, para después mostrar una serie de ejercicios que pueden realizar desde su casa y sin comprometer alguna de sus condiciones físicas. Como evidencia se pedirá las participantes enviar una foto o evidencia del ejercicio realizado.

## **Sesión 7: Dormir bien, vivir bien**

**Objetivo:** Orientar a las participantes sobre la importancia de tener una adecuada higiene del sueño

### **Técnicas a utilizar:**

1. Psicoeducativa
2. Autoconstrucción

### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular.
- Enlace Google Meet de la intervención
- Presentación “Dormir bien, vivir bien”
- Manual del participante
- Lápiz o lapicero

### **Descripción de la sesión:**

En esta sesión se resaltara la importancia y la definición de la calidad del sueño, se identificarán las razones por la que una persona debe dormir adecuadamente, se explicaran los principios del sueño, los factores negativos y determinar las manifestaciones que tienen las personas con mala calidad del sueño, por ultimo realizar actividad “Mi balance decisional”, las participantes explicaran alguna conducta que quiera modificar identificando los beneficios de cambiar o de no hacerlo, así como los costos que le traería modificar cierta actividad o no hacerlo, los anotaran en la hoja de la actividad o en un formulario digital que se les proporcionara.

## **Sesión 8: Posevaluación**

**Objetivo:** Identificar si existen problemas en la calidad de vida de mujeres sobrevivientes del Cáncer de Mama (CaMa).

### **Materiales de la sesión:**

- Conexión a Internet
- Computadora, tableta o celular.

### **Descripción de la sesión:**

Para comenzar con la sesión se da el mensaje de despedida a las participantes pidiendo den opiniones o algún mensaje final que les gustaría compartir, como siguiente paso se envían los links de los cuestionarios FACT-B y autorregistro. Se pide y se checa que se encuentren todas las respuestas registradas.

## **Fase 2**

### **Pregunta de investigación**

¿La intervención psicoeducativa basada en evidencias es válida para jueces expertos?

### **Objetivo general**

Someter a una evaluación por jueces expertos a la intervención psicoeducativa que busca mejorar la calidad de vida de las mujeres recuperadas de CaMa

### **Hipótesis de trabajo**

Una evaluación por jueces expertos permitirá validar la intervención psicoeducativa, que ayude a recuperar la calidad de vida de las mujeres supervivientes del CaMa

### **Tipo de diseño**

Descriptivo, no experimental, transversal.

### **Población y muestra**

Tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia se tomaron en cuenta a 7 jueces expertos en el área de la salud (médicos, nutriólogos y psicólogos) que tuvieran experiencia en intervenciones psicoeducativas o educación nutricional.

### **Criterios de inclusión**

- Que acepten participar como jueces evaluadores.
- Contar con experiencia en intervenciones psicoeducativas o de educación en nutrición.

### **Criterios de exclusión**

- Jueces que no tengan experiencia en alguna de las estrategias utilizadas.

### **Criterios de eliminación**

- No terminar el cuestionario para jueces expertos.

## Variables

**Tabla 3** Operacionalización de las variables Fase 2

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Validación por Jueces	Opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (84).	Puntuación obtenida en el cuestionario para jueces expertos de esta intervención.

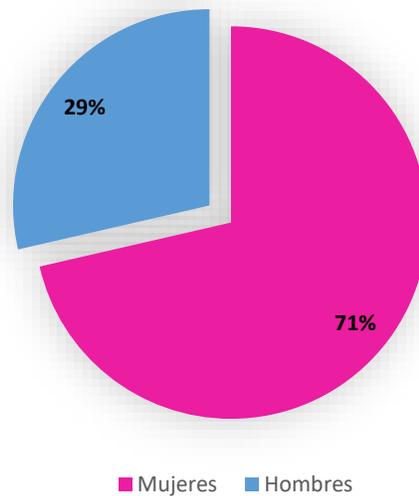
## Procedimiento

Después de concluir la fase de elaboración de la intervención se llevó a cabo los materiales que fueron utilizados por los jueces, constaron de tres herramientas; a) video donde se hace una explicación de la evaluación y la intervención; b) una presentación que contiene el compendio de información detallada de la intervención (Anexo 4) y por último c) un formulario donde contestaron sus opiniones de manera abierta (Anexo 5), después de recabar los datos se analizaron en el programa estadístico spss-26.

## Resultados Fase 2

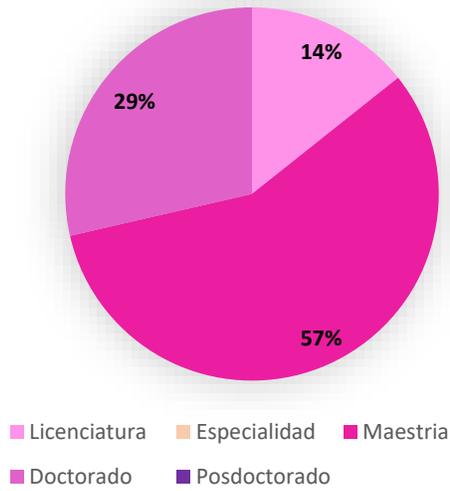
Después de analizar los datos obtenidos del cuestionario para la validación por jueces se obtuvieron los siguientes datos. En la figura 6 se muestra la distribución por sexo donde el 71% de los participantes eran mujeres y solo un 29% hombres.

**Figura 6** Distribución por sexo de los jueces

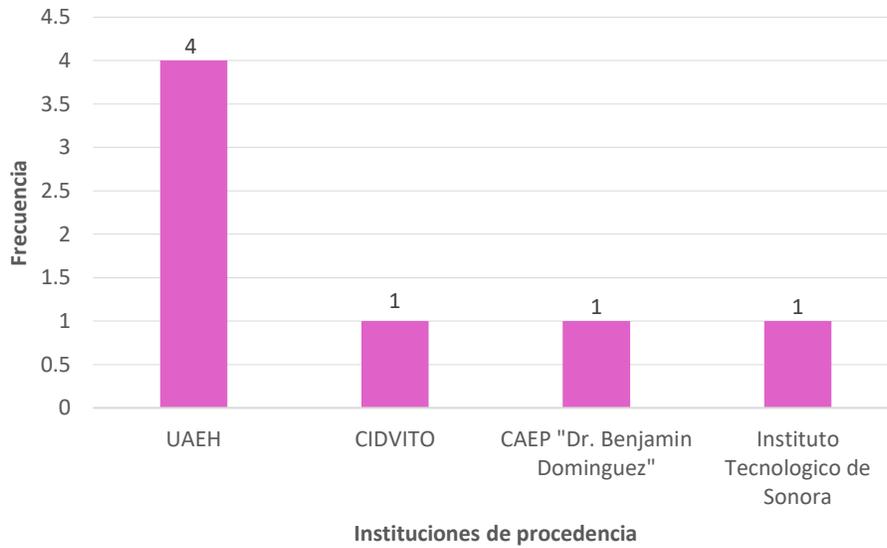


La edad de los participantes oscila entre los 26 a 64 años, el 57% de los participantes cuenta con maestría, el 29% doctorado y el 14% licenciatura (figura 7), 4 de estos participantes son adscritos a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, los 3 participantes restantes pertenecen a otras Instituciones tal y como se muestra en la figura 8.

**Figura 7** Grado académico de los Jueces

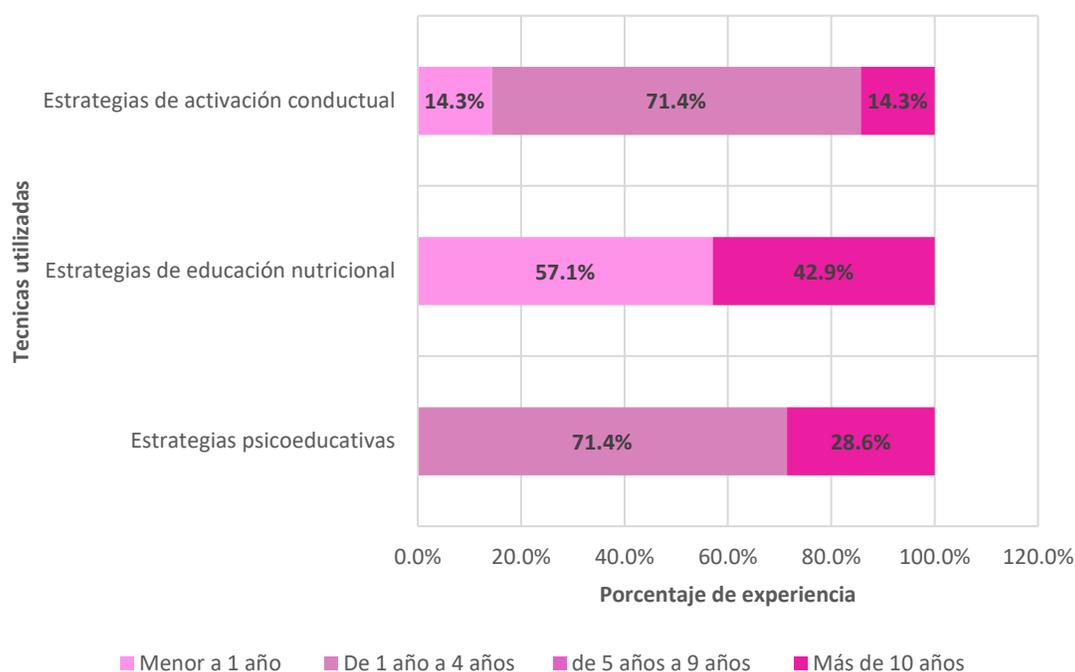


**Figura 8** Institución de procedencia de los Jueces.



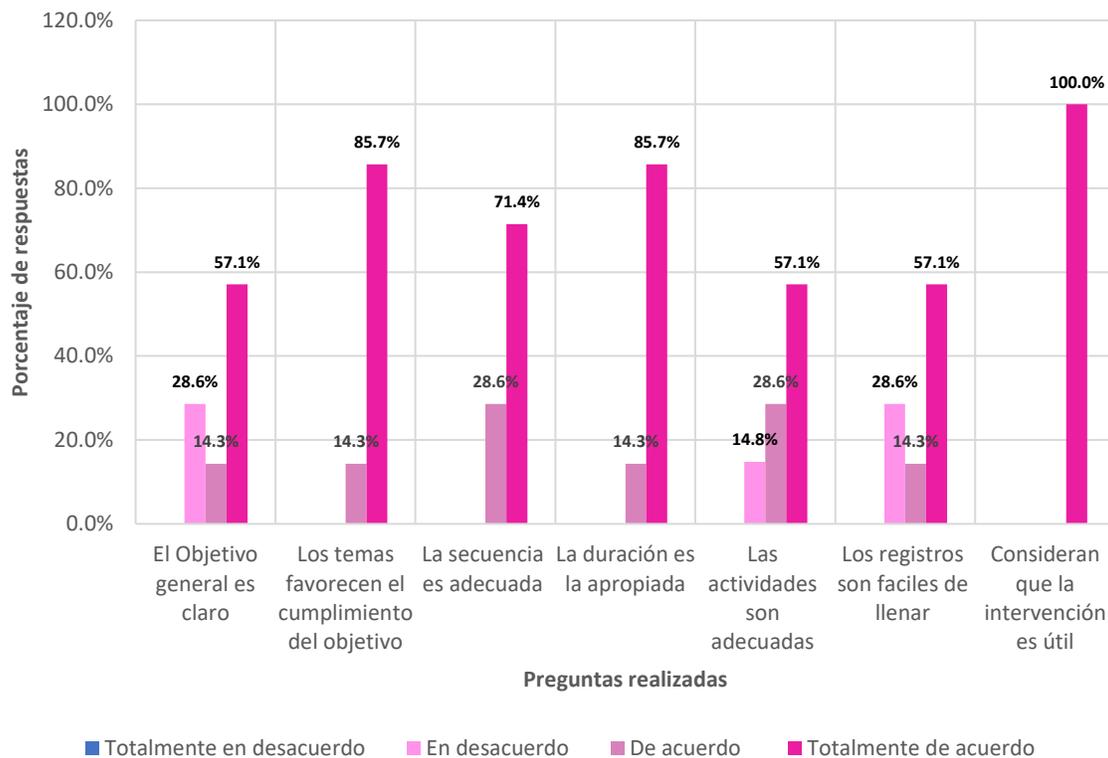
En la figura 9 se muestra el grado de experiencia de los participantes en las estrategias que se utilizarán en la intervención, en cuanto a la estrategia de activación conductual solo el 14.3% tiene menos de un año de experiencia, el 71.4% tiene de 1 a 4 años y solo el 14.3% cuenta con más de 10 años. En las estrategias de educación nutricional el 57.1% tenía menos de 1 año de experiencia y el 42.9% más de 10 años. Para las estrategias psicoeducativas el 71.4% reportó de 1 a 4 años y solo el 28.6% tiene más de 10 años de expertis.

**Figura 9** Experiencia de los Jueces en las técnicas utilizadas en la intervención



Al realiza el análisis general de la estructura de la intervención pudimos determinar lo siguiente, en la figura 10 se puede observar las opiniones de los jueces sobre algunas de las preguntas clave, donde el mayor porcentaje de contestación es “Totalmente de acuerdo” siendo la moda en 30 ítems , en preguntas que hablan de la claridad del objetivo, de las actividades y de los registros se puede observar que un 28.6%, 14.6% y 28.6% respectivamente se mantuvieron en “Desacuerdo”.

**Figura 10** Opinión de los Jueces sobre la intervención



De manera específica al evaluar los objetivos de cada sesión los jueces determinaron en su mayoría que estaban totalmente de acuerdo en que estos ayudarían a alcanzar el objetivo general de la intervención, solo 1 juez considera que se debe trabajar más en su redacción por lo que está en desacuerdo (tabla 4).

**Tabla 4** Evaluación de los objetivos de cada sesión

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>Sesión 1</b>	14%	14%	14%	57%
<b>Sesión 2</b>	0%	14%	0%	86%
<b>Sesión 3</b>	0%	14%	0%	86%
<b>Sesión 4</b>	0%	14%	0%	86%
<b>Sesión 5</b>	0%	14%	0%	86%
<b>Sesión 6</b>	0%	14%	0%	86%
<b>Sesión 7</b>	0%	14%	0%	86%
<b>Sesión 8</b>	0%	14%	0%	86%

Las actividades de las 8 sesiones de la intervención son adecuadas para su aplicación según el juicio emitido por los profesionales (tabla 5).

**Tabla 5** Evaluación de las actividades de cada sesión

	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>Sesión 1</b>	29%	71%
<b>Sesión 2</b>	43%	57%
<b>Sesión 3</b>	14%	86%
<b>Sesión 4</b>	29%	71%
<b>Sesión 5</b>	14%	86%
<b>Sesión 6</b>	0%	100%
<b>Sesión 7</b>	14%	86%
<b>Sesión 8</b>	0%	100%

En cuanto al material utilizado para cada sesión según los jueces es apropiado y útil para la intervención (tabla 6) solo un juez expuso el desacuerdo anotando en las observaciones que le gustaría conocer más a fondo el material de la sesión 1.

**Tabla 6** Evaluación del material utilizado por sesión

	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>Sesión 1</b>	14%	14%	71%
<b>Sesión 2</b>	0%	0%	100%
<b>Sesión 3</b>	0%	0%	100%
<b>Sesión 4</b>	0%	14%	86%
<b>Sesión 5</b>	0%	29%	71%
<b>Sesión 6</b>	0%	14%	86%
<b>Sesión 7</b>	0%	0%	100%
<b>Sesión 8</b>	0%	14%	86%

Para identificar el nivel de concordancia del juicio hecho por los jueces expertos se corrió el análisis estadístico Kappa Fleiss donde el resultado general de kappa es de .053, para las categorías en específico se mostrará en la siguiente tabla.

**Tabla 7** Valores de Kappa Fleiss de la valoración por Jueces.

Categoría	Valor Kappa
General	.05
Totalmente en desacuerdo	.00
En desacuerdo	.11
De acuerdo	.33
Totalmente de acuerdo	.63

## **Fase 3**

### **Pregunta de investigación**

¿La intervención psicoeducativa mejora la calidad de vida de las mujeres recuperadas de CaMa?

### **Objetivo general**

Evaluar el efecto de una intervención integral de salud en la calidad de vida de mujeres recuperadas del cáncer de mama.

### **Hipótesis de trabajo**

Existen cambios conductuales de autocuidado, nutrición, actividad física e higiene del sueño en la paciente tras la aplicación de una intervención Cognitiva-Conductual para mejorar la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes del CaMa.

### **Tipo de diseño**

Estudio cuasi experimental pre-post, de caso N=1.

### **Participante**

- Femenino

### **Criterios de elegibilidad**

#### **Criterios de inclusión**

- Mujer dentro de los 5 años después de haber recibido el tratamiento de CaMa.
- Mujer recuperada de CaMa mayores de 25 años.
- Mujer superviviente de CaMa que firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Mujer recuperada de CaMa que no tengan la capacidad para realizar actividad física.
- Sobreviviente que no firmen el consentimiento informado.
- Mujer que esté recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico, nutricional o de actividad física.

### **Criterios de eliminación**

- Mujer recuperada con CaMa que no completen el llenado de encuestas y que falten a 3 o más sesiones.

### **Instrumentos de evaluación**

#### **Autorregistros de estilos de vida saludable** (Anexo 9)

Listas de cotejo creadas exclusivamente para uso del proyecto, que evalúan estilos de vida saludable (autocuidado, nutrición, higiene del sueño y actividad física).

#### **FACT-B (The Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast)** (Anexo 10)

La Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer - Pecho (FACT-B) es un cuestionario diseñado para medir cuatro dominios de la CVRS en pacientes con cáncer: bienestar físico, social, emocional y funcional (85).

## Variables

**Tabla 8** Operacionalización de las variables Fase 3

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumentos
Estilos de vida saludable	Resultado de una serie de hábitos que permiten “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1994)	Para la evaluación de estilos de vida saludable se tomará en cuenta cuatro dimensiones: dieta, actividad física, sueño y autocuidado.	Autorregistros de estilos de vida saludable
Calidad de vida	Es un concepto subjetivo, que refleja el punto de vista individual del bienestar y el funcionamiento de cada sujeto (86).	Resultado del análisis de los instrumentos para evaluar calidad de vida en sus distintas dimensiones mediante escala de Likert.	FACT-B

## Aspectos éticos

Este trabajo de investigación se sometido a una evaluación ante el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud, el cual determino a este proyecto como Aprobado según el oficio 6/2021 con fecha de emisión del 09 de junio del 2021. Todo el proceso se llevo a cabo bajo la declaración de Helsinki. La participante fue informada de todo el procedimiento, así como del uso de la información que nos proporcionaría todo esto asentado en el consentimiento informado entregado y firmado, no se grabó en ningún momento las sesiones, solo se tomaron capturas de pantalla a manera de evidencia, toda información personal como nombre y apellidos no serán utilizados ya que son de uso confidencial.

## **Procedimiento**

Se llevo a cabo primeramente la aplicación de cuestionarios iniciales, después de tener este pretest se implementó la intervención que consta de 8 sesiones que se dividió en 1 sesiones por semana, cada sesión tuvo una duración de 40 minutos aproximadamente, se contestaron los autorregistros por cada sesión y solo en la sesión inicial se llevó a cabo una entrevista motivacional, al terminar las 8 sesiones descritas en la carta descriptiva específica (Anexo 3) se realizó la aplicación del postest, posteriormente se capturaran los datos en EXCEL, el análisis de datos se realizó mediante spss-26 y de manera manual.

### Resultado Fase 3

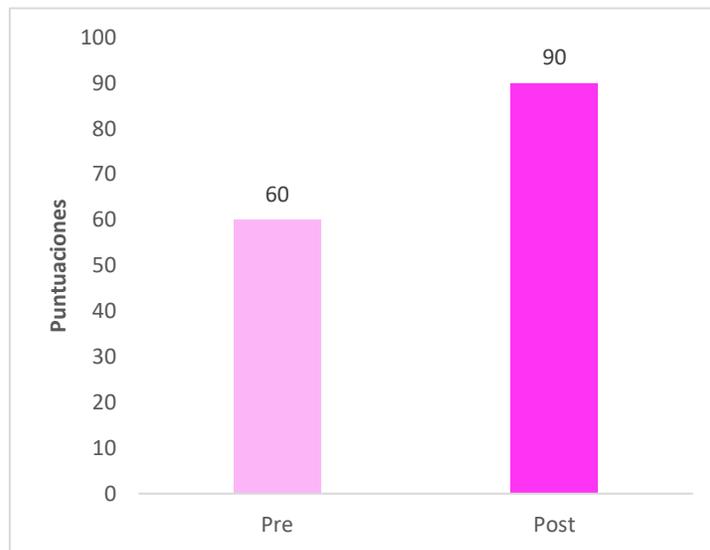
#### *Identificación de la paciente*

Femenino, sobreviviente del cáncer de mama a 5 meses de haber terminado los tratamientos del CaMa. La paciente radica en el Estado de México, actualmente no se encuentra en algún tipo de terapia psicológica, nutricional o de actividad física, al momento de la intervención se muestra lucida, activa y participativa.

#### *Resultados pre-post de los instrumentos*

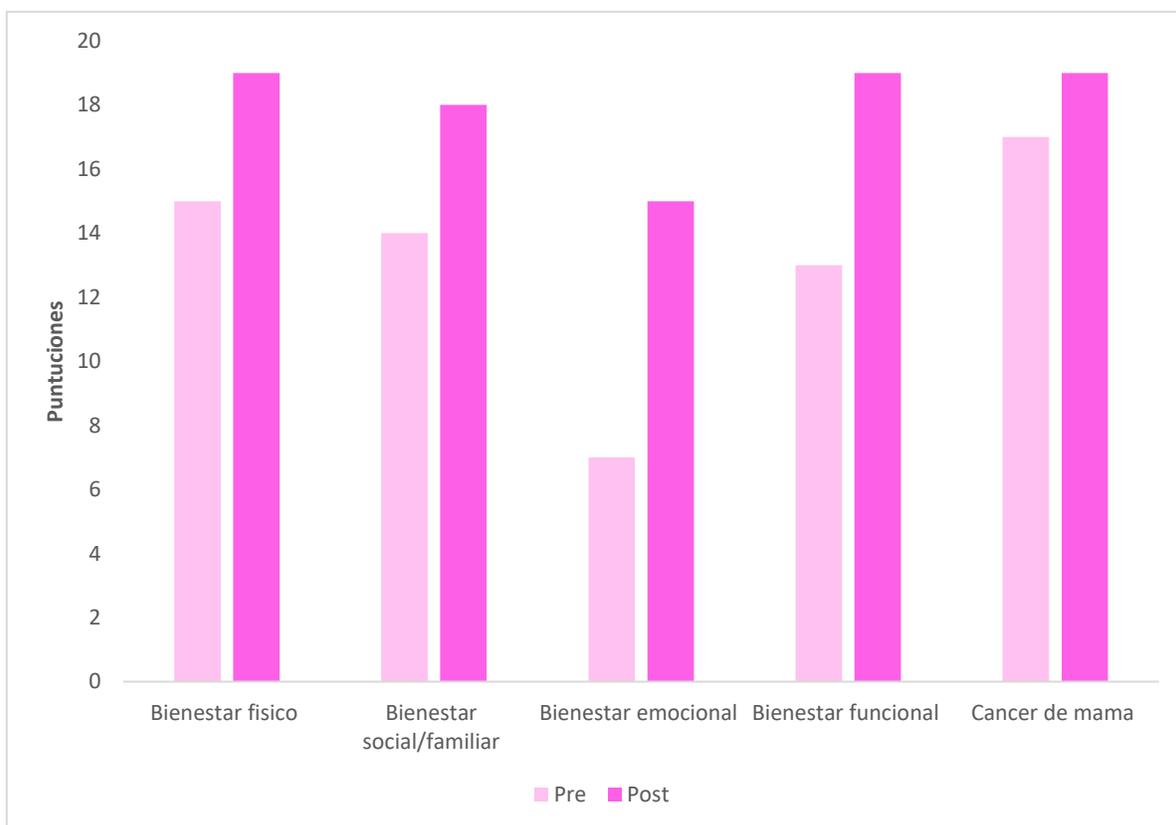
En el cuestionario para determinar la CV (FACT-B) muestran como antes de la intervención la paciente tenía una calificación regular pues a menor puntuación menor es la CV, para la segunda aplicación de este cuestionario se observa un incremento en la puntuación de 30, pasando así de una CV regular a una buena, aunque no es excelente (Figura 11).

**Figura 11** Puntuación Calidad de vida pre y pos test



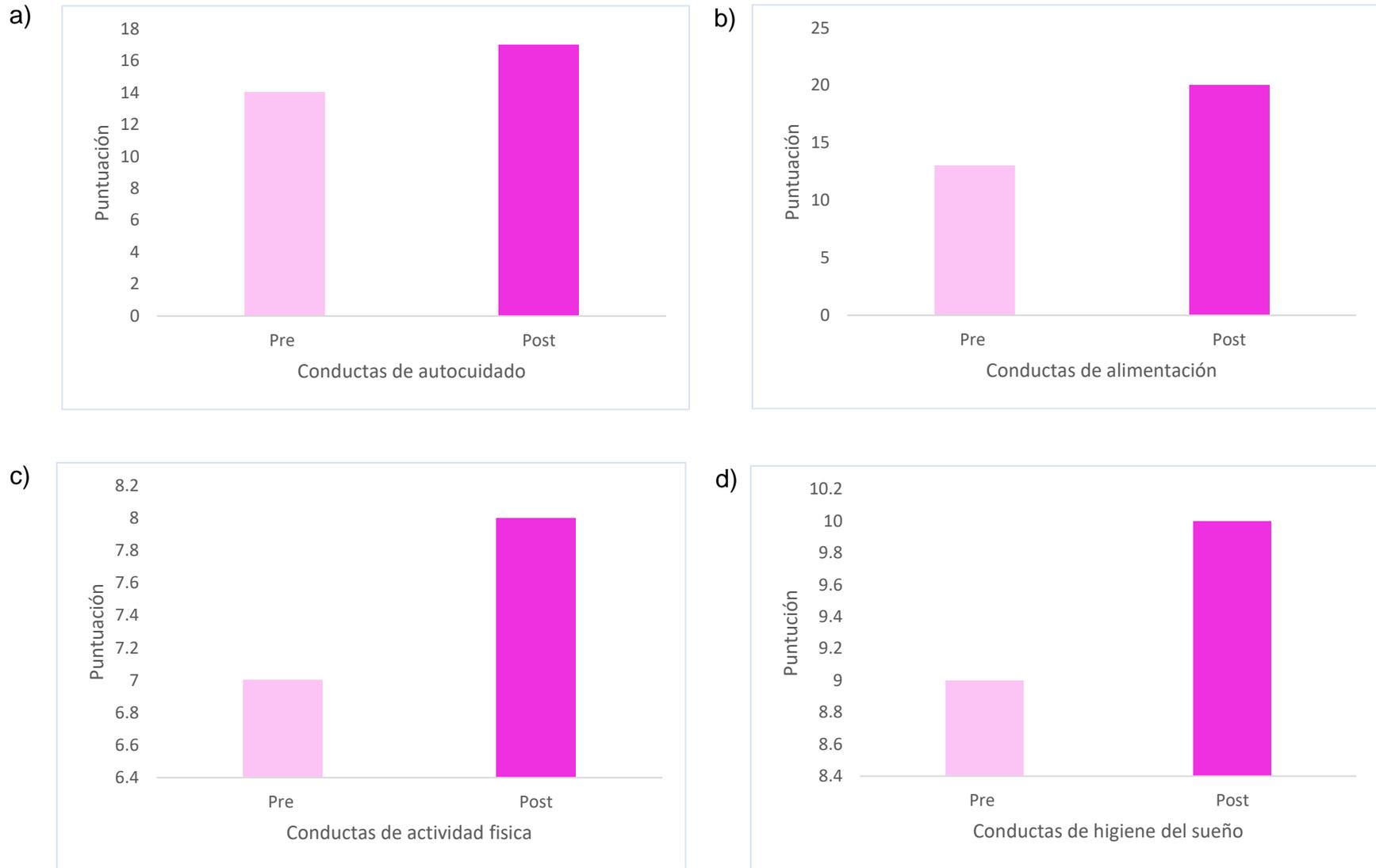
En el mismo cuestionario en cada uno de los dominios medibles la paciente presento un incremento en su puntuación en todas las áreas principalmente en emocional y funcional (Figura 12).

**Figura 12** Puntuación en las áreas de la Calidad de vida obtenidas en el pre y pos test.



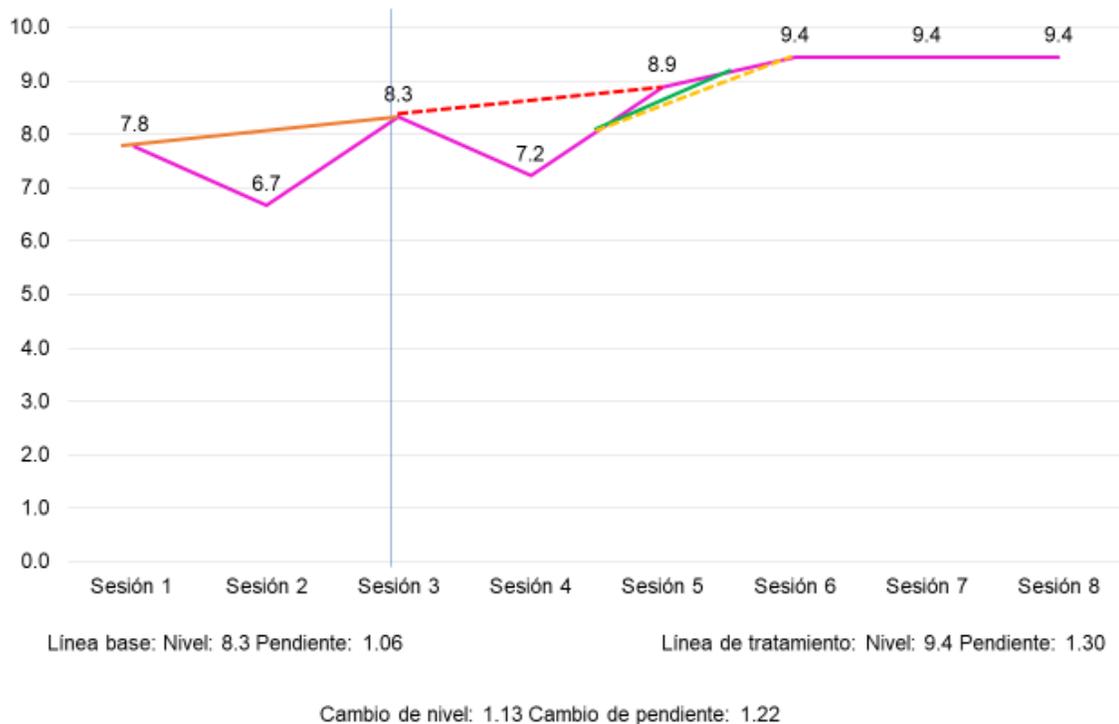
Respecto a las puntuaciones de los estilos de vida saludable incluidos dentro de los autorregistros la paciente muestra un aumento en la puntuación, sin embargo, para las áreas de actividad física e higiene del sueño el aumento solo fue de 1 punto, en el área donde existió un mayor aumento fue alimentación y autocuidado.

**Figura 13** Pre y pos test de conductas positivas en calidad.



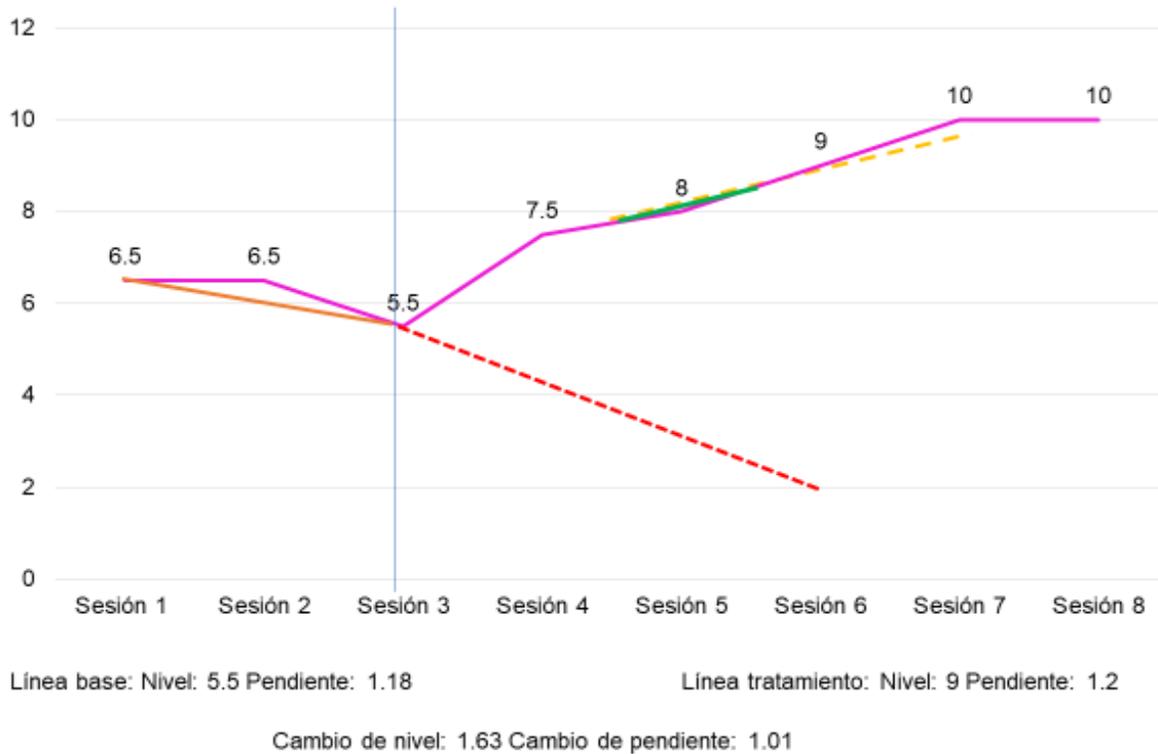
Para verificar la eficacia de la intervención se seleccionó la técnica de división de mitades (Split Middle Technique, Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006) la cual permite analizar la tendencia o pendiente dentro de la línea base y la de intervención e identificar los cambios significativos entre estas dos líneas.

**Figura 14** Split autocuidado.



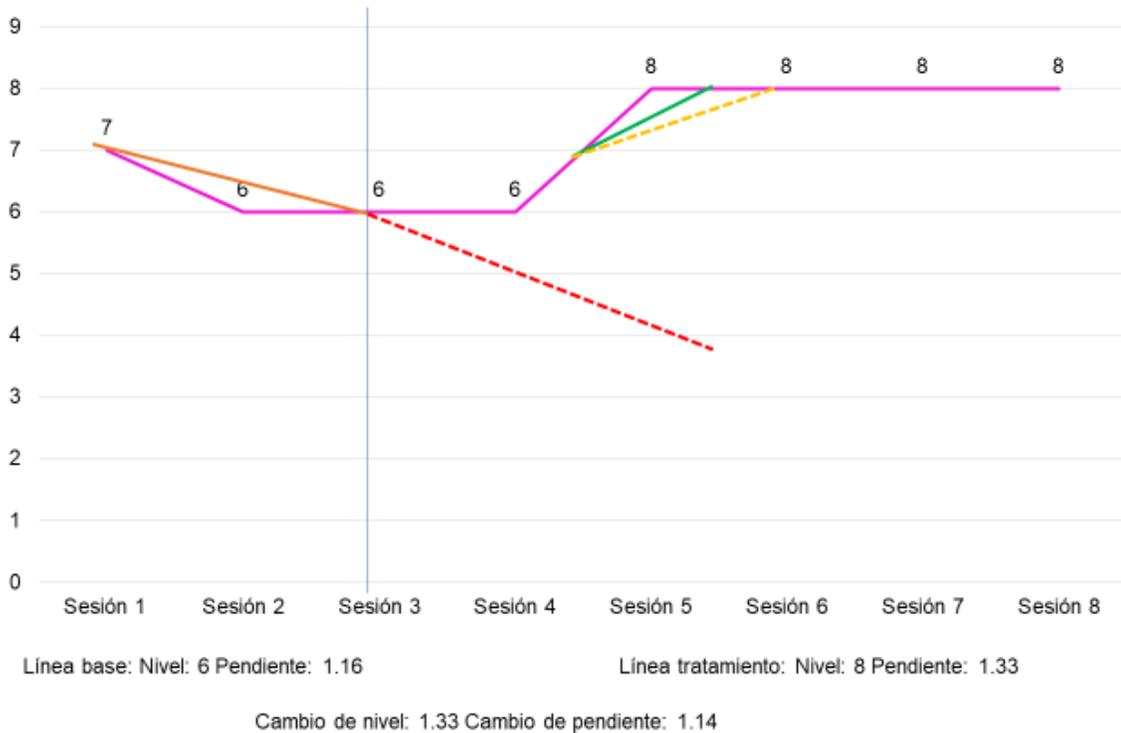
En la intervención se buscaba aumentar o mejorar las conductas de autocuidado de la paciente. Comparando la línea base con la línea de tratamiento se puede observar que con la introducción de la variable las acciones y comportamientos positivos aumentaron por lo tanto el nivel y la pendiente ascendieron, con diferencia significativa de .0003 (figura 14).

**Figura 15** Split alimentación.



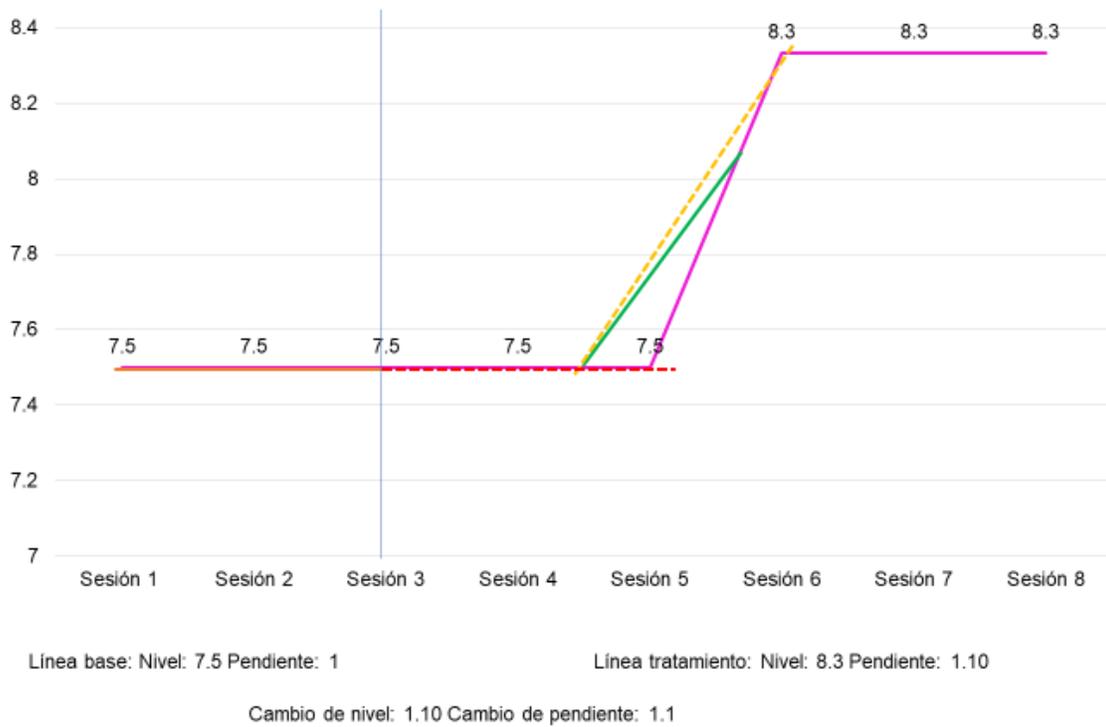
Cada 7 días la participante registraba de igual manera conductas alimentarias saludables, que realizaba durante la semana en este caso también se buscaba aumentar la frecuencia de este tipo de actividades, en la figura 15 se puede observar que de continuar sin la introducción del tratamiento y de la variable de “Alimentación Saludable” la paciente tendría una línea base negativa que al realizar una proyección sigue ese comportamiento, comparado con la línea del tratamiento se puede notar el cambio positivo y gradual, el nivel tuvo un incremento bastante notorio al igual que la pendiente, si se encontró diferencia significativa (.0017) entre las dos líneas.

**Figura 16** Split actividad física.



Una parte fundamental de los estilos de vida saludable es la actividad física la cual durante toda la intervención se buscó aumentar las conductas positiva como por ejemplo el aumento de tiempo y la frecuencia de la actividad, las caminatas constantes, etc., en este caso la participante logro el aumento, como se puede observar en la figura 16 a partir de la sesión 5 se obtuvo y mantuvo la actividad. En la gráfica se puede ver de igual manera el aumento del nivel y de la pendiente llegando a 8 y 1.33 respectivamente, al calcular la significancia se determina que si existen diferencias entre la línea base y la línea de tratamiento con un valor de .0001.

**Figura 17** Split higiene del sueño.



Por ultimo y para terminar el análisis se buscaba que la participante acrecentara conductas que mejoraran su higiene del sueño (ambiente idóneo para dormir, el uso de ropa adecuada, no comer antes de dormir, tiempo dedicado al sueño y siestas) que durante las entrevistas iniciales y las primeras sesiones se mantuvo estático, en este caso se observa en la gráfica el cambio tanto como de nivel (1.10) y pendiente (1.1), y según el análisis existe diferencia significativa (.0001) entre las dos líneas (figura 17).

## Discusión

La intervención diseñada para mejorar la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes se plantea como una intervención cognitivo conductual para trabajar con los efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento, según algunos autores el modelo de intervención cognitivo conductual es funcional para el tratamiento de los individuos con hábitos y pensamientos nocivos para la salud. Su aplicación en los pacientes con cáncer se centra en el alivio de los síntomas a través de la relación existente de la cognición, afecto y conducta (71).

La intervención diseñada principalmente con componentes psicoeducativos, de educación nutricional y activación conductual, han demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos como lo demuestran en distintas intervenciones por ejemplo Winters y colaboradores realizaron una intervención de ejercicio físico que duraba 8 semanas, de sesiones en video, los resultados mostraron que las pacientes tuvieron una disminución de síntomas como fatiga y dolor (87). En intervenciones de asesoramiento dietético y actividad física para el control de peso y disminución de la obesidad, como la de Swisher et al., se ha visto una mejoría en la calidad de vida de las pacientes en específico en la dimensión física (88). Los programas o tratamientos enfocados en la psicoeducación fortalecen las capacidades de las pacientes a afrontar su estado de salud y a tomar decisiones correctas sobre los desafíos de la enfermedad, además de ayudar a disminuir el estrés, afectaciones emocionales y ansiedad (60).

Por otro lado, al someter la intervención diseñada a base de evidencias, a una evaluación por jueces expertos donde se puede resaltar que en ninguno de los participantes existía conflicto de interés, el mayor porcentaje de experiencia se dio en las intervenciones psicoeducativas y de educación nutricional. Al expresar su opinión se puede apreciar que en 30 de los ítems la *M* para la respuesta “Totalmente de acuerdo”, 1 ítem con *M* de “De acuerdo”.

Para verificar la concordancia entre los jueces se calculó el valor de Kappa de Fleiss donde según la interpretación (89) tiene un nivel de concordancia mínimo, pero según la valoración de cada una de las categorías se inclinan a las respuestas positivas pues en las categorías de totalmente de acuerdo el valor de kappa de .63 podemos interpretar que existe una concordancia en los jueces fuerte es decir que es coinciden en la misma respuesta, mientras que para las respuestas negativas como lo es “Totalmente en desacuerdo” este valor es .00 lo que indica nula concordancia.

Realizar este tipo de validaciones por expertos tiene como objetivo eliminar aspectos irrelevantes, incorporar los elementos imprescindibles y modificar aquellos que los requieran (84). Después de la evaluación por jueces expertos se tomaron en cuenta las opiniones que más resaltaban como el plasmar de forma clara y precisa los objetivos, para el contenido de la información no se realizó ningún cambio pues las opiniones fueron positivas.

Las intervenciones psicoeducativas ayudan a los pacientes a comprender y entender por lo que están pasado esto para poder darles herramientas del cómo afrontar los problemas a los que se queda expuesto, según un análisis realizado por Arroyo los enfoques terapéuticos que más resaltan en intervenciones similares son las terapias psicoeducativas y cognitivo-conductuales y en este caso buscaban mejorar la calidad de vida, el estado emocional y el control de síntomas, dichos objetivos terapéuticos también fueron buscados por esta intervención, adicionando el aumento de hábitos saludables de autocuidado, nutricionales, higiene del sueño y de la realización de la actividad física (90).

La mujer participante mostro tener una calidad de vida regular de acuerdo a la puntuación obtenida. Según el cuestionario de calidad de vida la participante mostro menor puntuación en el bienestar emocional seguida del bienestar funcional, en las otras áreas evaluadas presenta una puntuación regular, el bienestar físico, social y familiar, y el específico de malestares causados por la enfermedad, Resultados similares obtenidos en un análisis de calidad de vida de mujeres que habían terminado el tratamiento con quimioterapias en dicha observación se

identificó que las participantes padecían mayores problemas de funcionamiento físico, dolor, problemas de imagen corporal, la fatiga específicamente que impide que las participantes se valieran por si mismas perdiendo su autonomía e interfiriendo con su vida social (91).

La valoración de la CV de la participante en esta intervención aumento 30 puntos después de la intervención, desglosando cada una de las áreas evaluadas en las cuales en todas existió un aumento al comparar el pre-test y pos-test se observó que en las que hubo aumento positivo fue en el bienestar funcional y emocional con un aumento de 21 y 38% respectivamente, en el bienestar social, físico y el apartado especial para el cáncer de mama el aumento oscilo entre el 5 y 14%.

El autocuidado dentro de la calidad de vida es de gran importancia pues se centra en como la persona consiente y se hace cargo de sí misma, ejerce su libertad con responsabilidad, conocerse, reconocer sus sentimientos, emociones, deseos y aquella responsabilidad de proporcionarse una vida saludable. La participante durante la intervención en este hábito saludable tuvo un comportamiento ascendente en el momento de la intervención, según Torres en los pacientes oncológicos el aumento de las actividades de autocuidado logra aumentar significativamente la calidad de vida de este tipo de pacientes, por lo que estas son habilidades básicas para cuidarse y mejorar su vida (92).

Otra de las variables de importancia dentro de los estilos de vida saludable el papel que juega la alimentación en la conservación de la salud de las sobrevivientes del CaMa, Vivar y colaboradores realizaron una intervención en mujeres sobrevivientes que recibían orientación nutricional mediante una guía, entre los resultados más destacados se encontró que las participantes tuvieron una restricción calórica y un aumento en la puntuación de la evaluación de la calidad de vida en el grupo intervenido (43).

En el caso de esta intervención la paciente durante la intervención en el área de hábitos nutricionales obtuvo cambios positivos se llegó a un aumento teniendo diferencia significativa al comparar los momentos en los que la variable aun no era aplicada, según las líneas de proyección de no tener la orientación nutricional la paciente tendría comportamientos saludables que mejoraran su calidad de vida.

La práctica de la actividad física ha demostrado en diversos estudios que ayuda a mejorar algunos síntomas más comunes en las mujeres sobrevivientes del CaMa, ya sea ejercicio supervisado o no que según Mascherini y colaboradores aquella actividad física que no es supervisada trae beneficios mayores a largo plazo. La actividad física en un estudio aplicado a supervivientes del CaMa de 5 semanas de actividad física supervisada y no supervisada logro aumentar en un 26.17% la actividad de las participantes (93). En el caso de este estudio podemos identificar que la participante de la intervención aumento en las 4 semanas del tratamiento 1 punto, que al analizar durante el proceso de este el aumento de nivel en comparación con la línea base libre del tratamiento y que según la proyección de seguir con la intervención esta se ve en aumento, caso contrario de la línea base que en este caso iría en picada.

Dentro de los principales problemas de las mujeres sobrevivientes del CaMa que afectan su vida se encuentra la falta de sueño y de descanso, en el caso de la participante este era un inconveniente que reportaba de manera frecuente en las sesiones, después de la intervención psicoeducativa la paciente reporto mejorar las conductas que interfirieran con la higiene del sueño, por lo cual sus conductas positivas mantuvieron una línea de proyección ascendente. Según algunas intervenciones la mala calidad del sueño está presente en el 65% de las mujeres sobrevivientes del CaMa (94). Según un análisis realizado por Quintana y colaboradores identifican que aquellas intervenciones donde se ponen en práctica la actividad física mejoran aspectos como los trastornos del sueño (75).

## Conclusiones

Se puede concluir que se ha cumplido con los objetivos de cada una de las fases, en este caso y para la fase 1 se logró construir una intervención que utilice técnicas y se enfoque en los problemas que el CaMa deja en las mujeres sobrevivientes de acuerdo con lo observado en otras investigaciones y demás literatura, cada una desde diferentes enfoques multidisciplinarios.

En cuanto a la validación de la intervención, aunque la concordancia de los jueces no sea la deseada o de un alto valor se puede observar una inclinación hacia las respuestas más favorables por lo que podemos decir que se cumple con el objetivo, además de tener marcadas las áreas de oportunidad en donde se debe trabajar antes de llevar al campo de aplicación la intervención. El término de las dos primeras fases nos da como resultado una intervención adecuada a las necesidades de las mujeres con CaMa que como lo mencionamos a lo largo del presente estudio, necesitan un tratamiento integral para poder volver a tener el equilibrio necesario en las distintas dimensiones de la calidad de vida perdida por su padecimiento.

También podemos decir que las intervenciones psicoeducativas son necesarias para darle al paciente las pautas de cuidado durante su supervivencia, estas deben de ser abordadas de una manera integral y no enfocadas solo al tratamiento médico, las intervenciones en calidad de vida son necesarias y útiles para disminuir las afectaciones de la enfermedad superada. Según lo demostrado este estudio fue de utilidad y ayudo a aumentar el nivel de calidad de vida de la participante, se debe tener en cuenta que se incluyen diversos temas que ayudan a mejorar o a cambiar hábitos negativos en las áreas del autocuidado, alimentación, actividad física e higiene del sueño.

Es importante la creación de programas que traten este tipo de problemas no solo en recuperadas de cáncer de mama si no este podría ser aplicado en todo aquel recuperado de alguna enfermedad oncológica, pues los problemas son demasiado similares entre unos y otros, estas intervenciones deben tratar temas preventivos para modificar conductas de riesgos que puedan modificar el estado de salud de los pacientes ya recuperados.

## Recomendaciones

De acuerdo a los resultados de esta investigación podemos replantear ciertas modificaciones que podrían ser mejorar la investigación, el aumento de la muestra de jueces evaluadores ayudaría a tener una opinión más diversa por lo que se podría mejorar el nivel de concordancia, otra de las cosas en las que se podría trabajar es la definición de los objetivos pues en algunas de las sesiones estos quedaban cortos, para la aplicación en campo también tenemos que diseñar una estrategia para poder agilizar el llenado de los instrumentos que al ser una intervención 100% digital podría no ser tan fácil para las participantes.

Aumentar la muestra y replicar en una población más grande nos ayudaría a identificar diferencias significativas entre grupos y determinar con mayor precisión la funcionalidad de la intervención diseñada. Durante la intervención se recomienda que las pacientes se encuentren en lugar tranquilo y sin distractores, donde estas se sientan seguras de expresarse y puedan concentrarse en la recepción de la información. Es importante mencionar que se debe capacitar mejor a los participantes para que los cuestionarios y actividades electrónicas sean contestadas de manera correcta.

## **Limitaciones**

En un inicio y cuando se planteó la idea de esta intervención sería de aplicación presencial, pero, debido al problema sanitario con SARS-COV-2 y al ser una población con alto riesgo se tomó la decisión de que esta fuera aplicada Online, ya que durante la pandemia los servicios de salud donde se podrían captar más participantes tomaban medidas para salvaguardar la salud de las usuarias en este caso se evitaba tener grupos de personas reunidas en una sola habitación, mantener distancia y tener un correcto lavado de manos, por lo que tener en un lugar a un grupo de participantes era considerado un riesgo para ellas.

Una gran limitante es encontrar participantes que tuvieran tanto la disponibilidad como las herramientas necesarias para conectarse a las sesiones. Pues algunas personas decidieron no participar por el uso de la tecnología pues desconocían el funcionamiento de las aplicaciones usadas o no contaban con acceso a una red de internet estable con la que se pudieran conectar, estas condiciones y el poco contacto que se tenía con las usuarias por los problemas sanitarios llevaron a que la muestra planteada para la aplicación de la intervención disminuyera considerablemente llegando al final de este proyecto con un caso único.

# Anexos

## Anexo 1 Aprobación Comité de Ética



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
School of Medical Sciences  
Coordinación de Investigación  
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 09 de junio de 2021  
Oficio Comiteei.icsa 6/2021

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

**DRA. ANDROMEDAD IVETTE VALENCIA ORTIZ**  
**Investigador Principal**

Correo electrónico [leidymarquezgonzalez@gmail.com](mailto:leidymarquezgonzalez@gmail.com)

**PRESENTE**

**Título del Proyecto: Efecto de una intervención integral de salud en la calidad de vida de mujeres hidalguenses recuperadas de cáncer de mama .**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

<b>Decisión</b>
<b>Aprobado</b>

Este protocolo tiene vigencia del 09 de junio del 2021 al 08 de junio del 2022.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

  
Dra. María del Refugio Acuña Gurrola  
**Presidenta del Comité**

Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: 3@VnuVWdT8  
<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n  
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín  
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4306  
[investigacion\\_icsa@uaeh.edu.mx](mailto:investigacion_icsa@uaeh.edu.mx)

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)

## Anexo 2

### Referencias: Mapa Clínico de Patogénesis

1. Martínez jjs. Guía de recomendaciones para el manejo nutricional en pacientes con cáncer de cérvix y mama. *Occup med (chic ill)*. 2017;53(4):130.
2. Schneider hermel j, pizzinato a, calderón uribe m. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Rev psicol*. 2015;33(2):439–67.
3. American cancer society. Vida después del tratamiento de cáncer de seno. 2020;6636:6–9. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/crc/pdf/public/9023.00.pdf>
4. García-viniegras crv, gonzález blanco m. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av en psicol latinoam*. 2007;25(1):72–80.
5. Castro ek de, moro l. Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Revesco rev estud coop*. 2015;121(january):7–32.
6. Dorado-roncancio ef, vázquez-nares jj, hernández-garibay ca, janet i. Supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer de mama: experiencia en una institución de jalisco, méxico. 2020;88(5):312–20. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=93273&id2=>
7. World health organization. Resumen de conocimientos prevención: factores de riesgo y prevención. *Breast heal glob initiat*. 2016;1–12.
8. Martín mh, ana echavarría i. Hablemos de el cáncer de mama. *Arbor*. 2015;191(773).
9. Rivas garcía f, giménez martínez r. Dieta y cáncer. *Rev esp nutr comunitaria*. 2004;10(3):144–6.
10. Hernández moreno f, landero hernández r. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa psicológica*. 2014;11(1):99–104.
11. Bedoya am, lópez arcila a, cardona-arias ja. Factores de riesgo para el cáncer de mama risk factors for breast cancer. *Rev cuba obstet ginecol*. 2019;45(2):370.
12. Vivar cg. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Aten primaria*. 2012;44(5):288–92.
13. Juárez garcía dm, landero hernández r. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nov sci*. 2014;4(7):17.
14. Barnadas mollins a, algara lópez m, córdoba cardona o, casas fernández de tejerina a, gonzalez béjar m, lópez fernández t, et al. Recomendaciones para el seguimiento de las mujeres supervivientes de cáncer de mama. 2017;28. Available from: [https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/recomendaciones\\_seguimiento\\_mujeres\\_supervivientes\\_cancer\\_de\\_mama.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/recomendaciones_seguimiento_mujeres_supervivientes_cancer_de_mama.pdf)
15. Martínez-basurto ae, lozano-arrazola a, rodríguez-velázquez al, galindo-vázquez o, alvarado-aguilar s. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gac mex oncol*. 2014;13(1):53–8.
16. González ruiz g, peralta gonzález o, de la rosa dj. Impacto de una intervención educativa en el conocimiento del cáncer de mama en mujeres colombianas. *Rev cuba salud pública*. 2019;45(3):e1157.

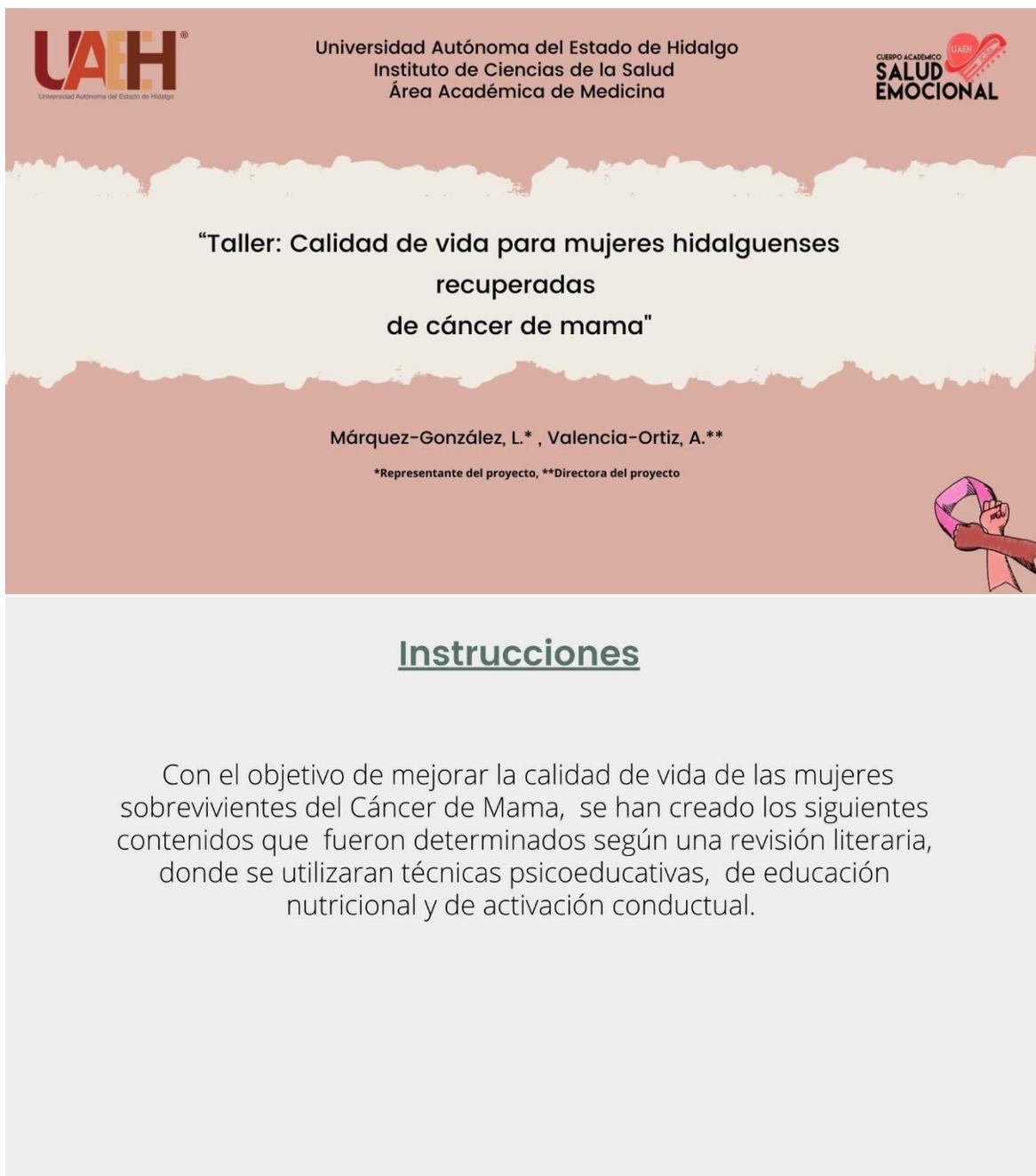
## Anexo 3

## Carta descriptiva específica

Sesión	Nombre	Metodología de aprendizaje	Contenido y materiales
Sesión 1	Preevaluación	Aplicación de instrumentos antes de la intervención.	<b>1. Bienvenida a las participantes</b> <b>2. Aplicación de los siguientes instrumentos:</b> Autorregistros FACT-B <b>3. Entrevista motivacional</b>
Sesión 2	¿Qué me paso?	Métodos psicoeducativos en la presentación, también será utilizada la metodología de discusión en la segunda actividad.	1. <b>Presentación:</b> exposición donde se abordarán temas como la supervivencia al cáncer y las consecuencias y cambios de estas mujeres, se utilizará una presentación de PowerPoint. 2. <b>Conversatorio:</b> Las participantes tendrán la palabra para compartir sus propias experiencias. <b>3. Resolución de dudas</b>
Sesión 3	Tus hábitos, te definen	Para la presentación se tomará en cuenta metodología psicoeducativa y las siguientes actividades serán de auto creación.	1. <b>Presentación:</b> exposición sobre los hábitos saludables y su importancia para la recuperación, también se abordarán los temas relacionados a calidad de vida y la importancia de su recuperación. 2. <b>Cuadro comparativo:</b> Entre las participantes se elaborará un cuadro comparativo con el que identificaremos los hábitos saludables que realizan, los negativos y una solución para cambiarlos. <b>3. Resolución de dudas</b>
Sesión 4	Me cuido, porque me quiero	Metodología psicoeducativa y de autoconstrucción	1. <b>Presentación:</b> se presentará una exposición tipo PowerPoint donde se definirá el autocuidado, su importancia y como poder llevarlo a cabo. 2. <b>Conservatorio:</b> se dará la palabra a las participantes y se les pedirá que identifiquen conductas de autocuidado que realizan o que pueden realizar. <b>3. Resolución de dudas</b>
Sesión 5	Aliméntate para ti	Métodos psicoeducativos en la presentación y educación en nutrición.	1. <b>Presentación:</b> exposición de la importancia de una alimentación saludable y una pequeña introducción hacia la dieta correcta y explicación de las características de la dieta correcta y de macronutrientes. 2. <b>Lluvia de ideas:</b> se pedirá a las participantes realizar una lluvia de ideas para la elaboración de un menú saludable. <b>3. Resolución de dudas</b>
Sesión 5	Me muevo, Yo puedo	Esta sesión será mayormente practica fomentando la activación física mediante la metodología de activación conductual.	1. <b>Presentación:</b> explicación de la importancia de la actividad física. 2. <b>Taller-video:</b> muestra de ejercicios que se pueden realizar desde casa y adecuado a sus limitaciones. <b>3. Resolución de dudas</b>
Sesión 7	Dormir bien, vivir bien	Sesión psicoeducativa	<b>1. Presentación:</b> exposición sobre higiene del sueño y su importancia para mantener una calidad buena calidad de vida. <b>2. Balance decisional</b> <b>3. Resolución de dudas</b>
Sesión 8	Posevaluación	Aplicación de instrumentos después de la intervención.	<b>1. Despedida las participantes</b> <b>2. Aplicación de los siguientes instrumentos:</b> Autorregistros FACT-B

## Anexo 4

### Ejemplo de material evaluación por jueces expertos



The image shows the cover of a manual. At the top left is the logo for UAH (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). At the top center is the text: "Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo", "Instituto de Ciencias de la Salud", and "Área Académica de Medicina". At the top right is the logo for "CUERPO ACADÉMICO SALUD EMOCIONAL" with a red ribbon icon. The main title in the center is "Taller: Calidad de vida para mujeres hidalguenses recuperadas de cáncer de mama". Below the title are the authors: "Márquez-González, L.\* , Valencia-Ortiz, A.\*\*" and their roles: "\*Representante del proyecto, \*\*Directora del proyecto". In the bottom right corner of the top section is a small illustration of a hand holding a pink and red breast cancer awareness ribbon. The bottom section of the cover has a light gray background with the heading "Instrucciones" in bold, underlined green text. Below the heading is a paragraph of text explaining the purpose of the manual.

UAH®  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Medicina

CUERPO ACADÉMICO  
SALUD  
EMOCIONAL

"Taller: Calidad de vida para mujeres hidalguenses recuperadas de cáncer de mama"

Márquez-González, L.\* , Valencia-Ortiz, A.\*\*  
\*Representante del proyecto, \*\*Directora del proyecto

**Instrucciones**

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes del Cáncer de Mama, se han creado los siguientes contenidos que fueron determinados según una revisión literaria, donde se utilizaran técnicas psicoeducativas, de educación nutricional y de activación conductual.

”La siguiente página”



Sesión 1

¿Qué me pasó?

Objetivo

Educar y orientar a las sobrevivientes sobre las secuelas de la enfermedad y tratamiento



# Contenido

1. ¿Por que son sobrevivientes?
2. Secuelas de los tratamiento
3. Conversatorio de experiencias de la recuperación mediante escucha reflexiva
4. Resolución de dudas



Duración: 20 mn

## EJEMPLO MATERIAL:



## Anexo 5

### Cuestionario digital para evaluación por jueces expertos

Sección 1 de 16

## Cuestionario para Validación por Jueces

Debido a su amplia experiencia, nos gustaría que realizara una evaluación del contenido propuesto y la retroalimentación de estos. Usted ha sido invitado(a) a participar como juez evaluador de la "Intervención integral en calidad de vida para mujeres hidalguenses recuperadas de cáncer de mama", los datos que usted brinde serán totalmente confidenciales y se usaran solo con fines de investigación.

Agradecemos su participación y el tiempo dedicado.

Atentamente:  
Maestrante: Lic. Leidy Márquez González  
Directora: Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

**Correo \***

Correo válido

Este formulario registra los correos. [Cambiar configuración](#)

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Acceso: <https://forms.gle/Vw3YDdhcXLNB3ruA7>

## Anexo 6

### Cuestionario digital: Autorregistro de estilo de vida saludable



## Autorregistros de estilo de vida saludable

Márquez-González, L. Valencia-Ortiz, A.

Los siguientes Autorregistros buscan identificar las acciones que conforman estilos de vida saludable. Y serán utilizado exclusivamente para el proyecto titulado "Efecto de una intervención integral de salud en la calidad de vida de mujeres hidalguenses recuperadas de cáncer de mama".

Los datos recolectados en dichos Autorregistros serán tratados con total confidencialidad.

 ma279225@uaeh.edu.mx (no compartidos) [Cambiar de cuenta](#) 

**\*Obligatorio**

Al seleccionar la opción de acepto se entiende que estas de acuerdo en participar \*

Acceso: <https://forms.gle/5pBgzGtrZuwDYFZ49>

## Anexo 7

### Cuestionario digital: FACT-B



CUERPO ACADÉMICO  
**SALUD  
EMOCIONAL**  
UAeh

## FACT-B

El siguiente cuestionario, nos ayudara en sus distintas secciones a evaluar la calidad de vida de las participantes del proyecto, "Efecto de una intervención integral de salud en la calidad de vida de mujeres hidalguenses recuperadas de cáncer de mama".  
Los datos recolectados en dichos Autorregistros serán tratados con total confidencialidad.

NOTA: Si usted se encuentra conectada desde un teléfono móvil, poner la pantalla en forma horizontal permitirá ver mejor las opciones de respuesta.

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza y conteste con la verdad.

---

[ma279225@uaeh.edu.mx](mailto:ma279225@uaeh.edu.mx) [Cambiar de cuenta](#) 

**\*Obligatorio**

Acceso: <https://forms.gle/6qEbfSTJCiootWRs5>

## Anexo 8

### Manual del aplicador



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Medicina  
Maestría en Salud Pública



## “Manual para la Intervención en calidad de vida de las mujeres recuperadas del Cáncer de Mama”

Manual del aplicador

Autores:

P. en M. en SP Leidy Márquez González

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Dr. Juan Pablo Villa Barragán

Mtra. Trinidad Lorena Fernández Cortés

Dr. Rubén García Cruz

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Pachuca de Soto, Hidalgo a 22 de febrero del 2022

## Sesiones educativas y practicas (Sesión 2-7)

### **Sesión 2 ¿Qué me paso?**

**Objetivo:** Educar y orientar a las sobrevivientes sobre las secuelas de la enfermedad y tratamiento.

**Técnicas a utilizar:**

1. Psicoeducativa
2. Grupo de discusión

**Contenido y procedimiento:**

1. Mensaje de bienvenida
2. Determinar el por qué son sobrevivientes
3. Dar información sobre los problemas de salud de las sobrevivientes al CaMa
4. Sugerir algunas acciones que pueden ayudar al afrontamiento de los problemas comunes
5. Resaltar la importancia de la rehabilitación después del tratamiento del CaMa
6. Iniciar el grupo de discusión entre las participantes donde expresen como han afrontado la supervivencia al CaMa, se sedera la palabra y realizaremos conclusiones al final

**Actividades administrativas:**

- Pase de lista
- Verificación de respuestas de autorregistros semanales
- Revisión del cumplimiento de actividades de la sesión

## Anexo 9

### Manual del participante



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



# Manual de la Participante



AUTORES:  
P. EN M. EN SP LEIDY MÁRQUEZ GONZÁLEZ  
DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

# ¡BIENVENIDA!

"Los cambios siempre han de ser recibidos con alegría. Da la bienvenida al futuro, pues pronto será pasado"



NOMBRE:

FECHA:

## MI BALANCE DECISIONAL

¿QUÉ CONDICIONES ME GUSTARIA CAMBIAR?

	SEGUIR IGUAL	HACER UN CAMBIO
BENEFICIOS	ME GUSTA	ME GUSTARÍA
COSTOS	NO ME GUSTA	NO ME GUSTARÍA

## Anexo 10

### Ejemplo de material utilizado





CUERPO ACADÉMICO  
**SALUD EMOCIONAL**

"TUS HÁBITOS, TE DEFINEN"

UAEH  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

"LA SIGUIENTE PAGINA"

L.N. Leidy Márquez González



CUERPO ACADÉMICO  
**SALUD EMOCIONAL**

Aunque te sientas perdido y sin fuerzas, recuerda que cada día puede ser el comienzo de algo maravilloso.

¡No te rindas!



# ME CUIDO, PORQUE ME QUIERO



L. N. Leidy Márquez González



# ¿CÓMO LO HACES TU?

Solas podemos aprender **POCO**, Juntas  
podemos aprender **MUCHO**.....

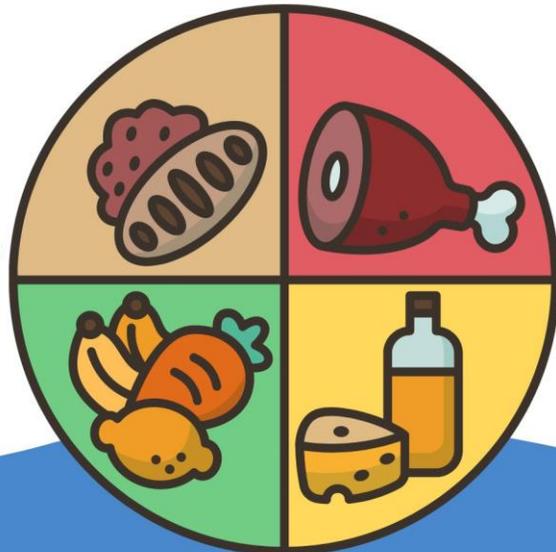
# ¡Aliméntate para ti!



L. N. Leidy Márquez González

## 5. Completa

debe contener todos los nutrientes para ofrecer al ser humano todas las sustancias que integran sus tejidos: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.



**¡Me  
muevo, Yo  
puedo!**



**Actividad física vs Ejercicio**



# ¡Dormir bien, vivir bien!



## Razones para dormir ADECUADAMENTE



Regeneración y  
oxigenación celular



Peso saludable



Mejora el intelecto



Favorece el control de  
enfermedades



Mejora la coordinación  
física

## Anexo 11

### Evidencia de las sesiones

FACTORES CLAVE DE LA CALIDAD DE VIDA

SALUD EMOCIONAL

TOMA DE DECISIONES PERSONALES

SENTIMIENTO DE ACEPTACION

CULTURA

NECESIDADES BÁSICAS CUBIERTAS

Calidad de vida

Ardila, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164

meet.google.com comparte una ventana. Dejar de compartir Ocultar

Dejar de presentar

graciela cortes luz

TU

Google Meet interface showing a presentation slide and two video thumbnails.

Estás presentando para todos | Audio de la presentación

Dejar de presentar

¿CÓMO LO HACES TU?

Solas podemos aprender POCO, Juntas podemos aprender MUCHO.....

13:50 | gyc-wtkf-vet

graciela cortes luz

TU

Google Meet interface showing a presentation slide and two video thumbnails.

Estás presentando para todos | Audio de la presentación  | Dejar de presentar

### ¿Que trae el estilo de vida sedentarios?

- Menos gasto energetico
- Perdida de la masa muscular y resistencia.
- Enfermedades del corazón
- Desarrollo de enfermedades metabolicas



12:37 | gyc-wtkf-vet

graciela cortes luz

TU

Más opciones

12:58 | gyc-wtkf-vet



graciela cortes luz

Más opciones

TU

## Referencias

1. LARA KS. Generalidades de Nutricion y cancer. 2012. 10 p.
2. Zurita M de C, Mata F, Lluch J. Manual para el paciente Oncológico Y Su Familia [Internet]. Seom.Org. 2008. 1–201 p. Available from: [http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual\\_pacientes.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf)
3. OMS. Cáncer Today [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 15]. Available from: [https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysismultibars?v=2018&mode=population&mode\\_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=20&type=0&statistic=1&prevalence=0&population\\_group=2&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_ite](https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysismultibars?v=2018&mode=population&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=20&type=0&statistic=1&prevalence=0&population_group=2&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_ite)
4. Peña García Y, Maceo González M, Ávila Céspedes D, Utria Velázquez L, Más López Y. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina Risk Factors for Breast Cancer in the Female Population. 2017;20–31. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/536>
5. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. Vol. 13, International Journal of Biological Sciences. Ivyspring International Publisher; 2017. p. 1387–97.
6. Nindrea RD, Aryandono T, Lazuardi L. Breast cancer risk from modifiable and non-modifiable risk factors among women in Southeast Asia: A meta-analysis. Vol. 18, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. Asian Pacific Organization for Cancer Prevention; 2017. p. 3201–6.
7. Asmat Inostrosa M del P. Trabajo nocturno y cancer de mama en personal sanitario. Rev Asoc Esp Espec Med Trab. 2018;
8. OMS. Resumen De Conocimientos Prevención: Factores De Riesgo Y Prevención. The Breast Health Global Initiative. 2016;1–12.
9. Dibaba DT, Ogunsina K, Braithwaite D, Akinyemiju T. Metabolic syndrome and risk of breast cancer mortality by menopause, obesity, and subtype. Breast Cancer Res Treat. 2019 Feb 28;174(1):209–18.
10. ASCO. Cancer de mama: Factores de riesgo y protección [Internet]. American Society of Clinical Oncology. 2020 [cited 2021 Nov 19]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n>
11. Dorado-roncancio EF, Vázquez-nares JJ, Hernández-garibay CA, Janet I. Supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer de mama: experiencia en una institución de Jalisco, México. 2020;88(5):312–20. Available from:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93273&id2=>

12. Sollozo-Dupont I, Galván-Espinoza HA, Castillo-López JP, Benítez-López EO, Rocha-Nava SL, Villaseñor-Navarro Y. Impacto de la pandemia de Covid-19 en el tamizaje de cáncer de mama y algunas estrategias para actuar pronto y seguro. *Salud Publica Mex.* 2022;64(3):333–9.
13. Martín MH, Ana Echavarría I. Hablemos de el cáncer de mama. *Arbor.* 2015;191(773).
14. Cárdenas J, Bargalló E, Erazo A, Maafs E, Adela C. Consenso Mexicano De Cáncer Mamario. 2013;177. Available from: <http://booksmedicos.org/consenso-mexicano-de-cancer-mamario/#more-125324>
15. Olivares-Taipe PC, Aguilar-Saenz J, Adrianzen-Tantachuco R, Revilla-López J, Zavaleta-Pesantes A, Martinez-Asmad G, et al. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que acuden al Departamento de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao – 2018. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2019 Dec 30;19(4):50–6. Available from: <http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1132>
16. Santaballa Bertrán A. Cáncer de mama. *Revista Medica De Costa Rica Y Centroamerica Lxxi* [Internet]. 2020;(617):799–802. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-mama/estadios>
17. OMS. Cáncer de mama [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
18. INEGI. “Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Salud (19 de octubre)”; Datos Económicos Nacionales. 2020;1–8. Available from: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/salud0.pdf>
19. ONU. Noticias ONU Mirada global Historias humanas [Internet]. El cáncer mató a diez millones de personas en 2020. 2021 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1487492>
20. INEGI. La Situación Del Cancer De Mama En México. *Diario Oficial de la Federación* [Internet]. 2013;9. Available from: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mama0.pdf%5Cnhttp://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-mama.html>
21. INSP. Cáncer de mama, una prioridad para la salud de las mexicanas [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://www.insp.mx/avisos/5090-octubre-cancer-mama-19.html>

22. Wronski SL. Defining cancer survivor and cancer survivorship: The who, what, and when. *Psicooncologia (Pozuelo de Alarcon)*. 2015 Apr 20;12(1):7–18.
23. OMS. Detección temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas. OPS [Internet]. 2015;1:1–12. Available from: [www.paho.org/hq/](http://www.paho.org/hq/)
24. Muller F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. . *N Engl J Med*. 1985 Jul;25.
25. Ben-Aharon I, Haines L, Miller K. Temporadas de supervivencia. Vol. 2.
26. Fernández-Guerrero MJ, Palacios-Vicario B. Consecuencias psíquicas en supervivientes permanentes de cáncer de mama. *Curadas, aunque no libres. Clínica Contemporánea*. 2021 Nov 30;12(3).
27. Morato-Martínez M, Santurino C, López-Plaza B, Arcos-Castellanos L, Clavero-Fraile M, Palma-Milla S, et al. A standardized, integral nutritional intervention and physical activity program reduces body weight in women newly diagnosed with breast cancer. *Nutr Hosp*. 2021;38(3):575–84.
28. de Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and breast cancer: A literature review on prevention, treatment and recurrence. Vol. 11, *Nutrients*. MDPI AG; 2019.
29. Buch K, Gunmalm V, Andersson M, Schwarz P, Brøns C. Effect of chemotherapy and aromatase inhibitors in the adjuvant treatment of breast cancer on glucose and insulin metabolism—A systematic review. Vol. 8, *Cancer Medicine*. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 238–45.
30. Limon-Miro AT, Lopez-Teros V, Astiazaran-Garcia H. Dietary guidelines for breast cancer patients: A critical review. Vol. 8, *Advances in Nutrition*. American Society for Nutrition; 2017. p. 613–23.
31. Vries YC, Boesveldt S, Kelfkens CS, Posthuma EE, van den Berg MMGA, de Kruif JTCM, et al. Taste and smell perception and quality of life during and after systemic therapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2018 Jul 1;170(1):27–34.
32. Vicente Pardo José Manuel, López-Guillén García Araceli. Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Med Segur Trab (Madr)*. 2017;
33. Melús Palazón E, Coscollar Santaliestra C. Cáncer de mama. *FMC*. 2008;15(10):664.
34. Carrión Pons C, Galdón Córcoles Antonio, Manzanares Milla Antonia, Rodenas Gómez Alejandra, Rodríguez Palmero María Antonia. ASPECTOS

- PSICOSOCIALES DEL CANCER DE MAMA. *Med Interna (Bucur)*. 2015;2:21–32.
35. Hernández Moreno F, Landero Hernández R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*. 2014;11(1):99–104.
  36. Laborde AA. ASPECTOS PSICOSOCIALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADAS: EL ROL DE LA ENFERMERA EN SU CUIDADO. 2015;
  37. García B, Lorena C, Acevedo S, Vanessa J, Orozco M, Patricia C, et al. A case-study on female sexuality deterioration derived from mastectomy [Internet]. 2020. Available from: [www.revistaavft.com](http://www.revistaavft.com)
  38. Perales V. Calidad De Vida En Pacientes Sobrevivientes Con Cáncer De Seno. 2008;105. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis27.pdf>
  39. Montiel-Castillo VE, Guerra-Morales VM. Psychoeducational program for effective coping in women with breast cancer. *Psicogente*. 2016 Jun 1;19(36):326–37.
  40. Milena S, Sierra C, Carrillo-Sierra SM. Actualización en psicología oncológica Resumen [Internet]. Available from: [www.revistaavft.com](http://www.revistaavft.com)
  41. Suarez R, Ramos Y, María De Los Ángeles R, Sarmiento R, Cisneros L, María P, et al. Representaciones sociales del cáncer de mama en pacientes, familiares acompañantes y especialistas Social Representations of Breast Cancer in Patients, Accompanying Relatives and Specialists. 2019; Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/747>
  42. Palacios-Espinosa, X. X, González, M. I. MI, Zani, B. B. Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2015 Sep 4;33(3):497–515.
  43. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Aten Primaria*. 2012;44(5):288–92.
  44. Hawrylak MF, Maíllo LH, García IM. Comunicación intra-familiar y cáncer de mama. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcon)*. 2018;15(1):103–18.
  45. Lopera-Vásquez JP. Health-related quality of life: Exclusion of subjectivity. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2020 Feb 1;25(2):693–702.
  46. Alejandro J, Ramírez G, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia Social determinants of health and quality of life of the adult population of Manizales,

Colombia [Internet]. Vol. 43, Revista Cubana de Salud Pública. 2017. Available from: <http://scielo.sld.cu>

47. Rivera Rojas F, Ceballos Vásquez P, Vilchez Barboza V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: Conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index de Enfermería*. 2017 Jul;
48. Mederos Quintero A. Cáncer de mama: historias de vida de mujeres mastectomizadas [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9144/Cancer%20de%20mama%20Historias%20de%20vida%20de%20mujeres%20mastectomizadas..pdf?sequence=1>
49. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2017;14(4):207–22.
50. Zapata CS, Romero HG. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2010;28(1):9–18.
51. Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*. 2017 Jun 21;31(122):75.
52. Mota G, Aldana C, Bohórquez E, Martínez LM, Peralta S. Anxiety and quality of life in women with breast cancer: A theoretical review. Vol. 28. 2018.
53. Doyle C, Kushi LH, Byers T, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Grant B, et al. Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment: An American Cancer Society Guide for Informed Choices. *CA Cancer J Clin*. 2016;56(6):323–53.
54. García García AA, Lucio Gómez-Maqueo ME. Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016 Jan 1;15(1):3–9.
55. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Dec 21;25:e2958.
56. Narro Robles JR. Guía de manejo integral de cuidados paliativos. Ciudad de México; 2018 Jul.
57. Muñoz ME, Brecher GS, Mejía CC. Experiencia de un programa de soporte oncológico y cuidados paliativos en Colombia. *Medicina Paliativa*. 2019;26(2):136–42.

58. Fernández Mendoza LE. Cuidados paliativos y la mirada de los directivos en la Atención Primaria de Salud. 2018 Mar.
59. Bargalló-Rocha E, Ruvalcaba-Limón E, Quintero-Beuló G, Reséndiz Colosía JA, Salas González E, Serrano-Olvera JA, et al. Recursos para la atención de pacientes con cáncer de mama en México. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2019 Aug 15;18(3).
60. Esperanza V, Castillo M, Margarita V, Morales G. La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama Psychoeducation as an alternative for the psychological care of the breast cancer survivors [Internet]. Vol. 42, *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016. Available from: <http://scielo.sld.cu>
61. Lemes CB, Neto JO. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*. 2017 Mar 1;25(1):17–28.
62. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020 Mar;31(2):169–73.
63. CARRERA TERRANOVA GINA RUTH. ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS PARA FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA Y PREVENCIÓN DEL ESTRÉS A CUIDADORES DE LA FUNDACIÓN HUERTODE LOS OLIVOS. 2021;
64. de Elías E, Cruz Sánchez L, Pedagógico I, Siso Martínez, Miranda J M. LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL THE FOOD AND NUTRITION EDUCATION IN THE CONTEXT OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION. Vol. XXXVI, N°. 2015.
65. Kellogs. Manual de nutrición. 2017;
66. Rivera B M. La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. 2007.
67. FAO. La importancia de la educación nutricional. 2018;
68. Sánchez Arenas JJ, Ruiz Martínez AO. Relationship between self-esteem and body image in children with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* [Internet]. 2015;6(1):38–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>
69. Márquez Luengo HR, Marín González F, López Azuje E. Bases para el diseño de una política pública para la educación nutricional en enfermedades cardiometabólicas en el Municipio Maracaibo, Estado Zulia. *Marín González*. 2021;34:11–20.

70. de Jesus S, Fitzgeorge L, Unsworth K, Massel D, Suskin N, Prapavessis H, et al. Feasibility of an exercise intervention for fatigued breast cancer patients at a Community-Based cardiac rehabilitation program. *Cancer Manag Res.* 2017;9:29–39.
71. Morales J, Bernal G, Amaral Figueroa M. Impacto y viabilidad de una intervención con activación conductual mediante actividad física para sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev Puertorriquena Psicol.* 2017;28(1):116–32.
72. Zick SM, Colacino J, Cornellier M, Khabir T, Surnow K, Djuric Z, et al. Fatigue reduction diet in breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. 2018;161(2):299–310.
73. Lahart IM MGNAGGCAR. Randomised controlled trial of a home-based physical activity intervention in breast cancer survivors. *BMC Cancer.* 2016;234.
74. Arikawa AY KBRSKMS. Effects of a parallel-arm randomized controlled weight loss pilot study on biological parameters of overweight and obese breast cancer survivors. 2017;
75. Quintana VA, Díaz K, Caire G. Intervenciones para promover estilos de vida saludables y su efecto en las variables psicológicas en sobrevivientes de cáncer de mama: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2018;35(4):979–92.
76. ASCO. Cáncer de mama: Estadísticas [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 15]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/estadisticas#:~:text=Se%20estima%20que%20en%202020,3%20nuevos%20canceres%20femeninos%20anualmente>.
77. American Cancer Society. Vida después del tratamiento de cáncer de seno. 2020;6636:6–9. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9023.00.pdf>
78. ASCO. Sobrevivencia al cáncer. *CancerNet* [Internet]. 2013;1–32. Available from: [www.cancer.net/espanol](http://www.cancer.net/espanol)
79. San Felipe MJR, Martínez AA, Manuel-y-Keenoy B. Influence of body weight on the prognosis of breast cancer survivors; nutritional approach after diagnosis. *Nutr Hosp.* 2017;28(6):1829–41.
80. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Quality of life in women treated with chemotherapy for breast cancer in Cali. *Biomedica.* 2020;40(2):349–61.

81. Catsburg C, Kim RS, Kirsh VA, Soskolne CL, Kreiger N, Rohan TE. Dietary patterns and breast cancer risk: A study in 2 cohorts. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2015;101(4):817–23.
82. Martínez Brito O, Camarero O, López I, Moré Y. Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama Self-esteem and coping styles in women with breast cancer. *Revista de ciencias médicas La Habana*. 2014;20(3):390–400.
83. Santa María Juárez LA. Public health interventions: Conceptual basis for the determination of objectives and evaluation. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018 Apr 1;35(2):321–5.
84. Robles Garrote P, Del M, Rojas C, Garrote R, Rojas PY. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada Validation by expert judgements: two cases of qualitative research in Applied Linguistics. 2016.
85. Guadalupe Fernández-Suárez H, Blum-Grynberg B, Aguilar-Villalobos EJ, Bautista-Rodríguez H. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama APORTACIONES ORIGINALES. Vol. 48, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010.
86. Oblitas LA. *Psicología de la salud y de calidad de vida*. 4th ed. CENAGE Learning; 2017. 131–157 p.
87. Winters-Stone KM, L. Moe E, K. Perry C. Mejora de la recomendación de un oncólogo de hacer ejercicio para controlar los niveles de fatiga en pacientes con cáncer de mama: un ensayo controlado aleatorio. *Support Care Cancer* . 2018;26:905–12.
88. Swisher AK, Abraham J, Bonner D, Gilleland D, Hobbs G, Kurian S, et al. Exercise and dietary advice intervention for survivors of triple-negative breast cancer: effects on body fat, physical function, quality of life, and adipokine profile. *Supportive Care in Cancer*. 2015 Oct 31;23(10):2995–3003.
89. Dubé JÉ. EVALUACIÓN DEL ACUERDO INTERJUECES EN INVESTIGACION CLINICA BREVE INTRODUCCIÓN A LA CONFIABILIDAD INTERJUECES\* [Internet]. Buenos Aires, Argentina; 2008 Apr [cited 2021 Oct 17]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921796008>
90. Arroyo MC. *PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA*. 2020.
91. Ramis S. *Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama*.
92. Torres-Reyes A, Tenahua-Quit I, García-López MA, Pérez-Norieg E, Cordero-Sánchez C, Ramos-Durán N, et al. Relación de calidad de vida y autocuidado en pacientes adultos con cáncer. *Journal Health NPEPS*. 2019;4(1):16–30.

93. Mascherini G, Tosi B, Giannelli C, Grifoni E, Degl'innocenti S, Galanti G. Breast cancer: effectiveness of a one-year unsupervised exercise program. *J Sports Med Phys Fitness*. 2019 Jan;59(2).
94. Fernández-Guerrero MJ, Palacios-Vicario B. Consecuencias psíquicas en supervivientes permanentes de cáncer de mama. Curadas, aunque no libres. *Clínica Contemporánea*. 2021 Nov 30;12(3).