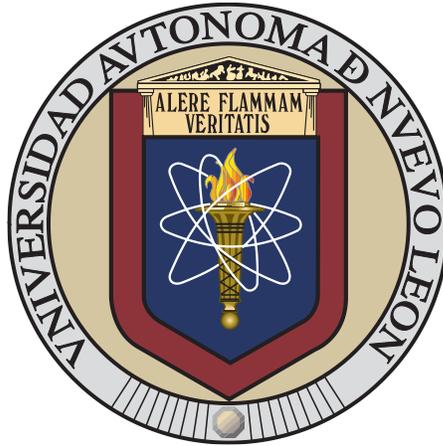


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN



**CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA A LOS 8
Y 30 DÍAS POSTRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE CÁNCER DE MAMA**

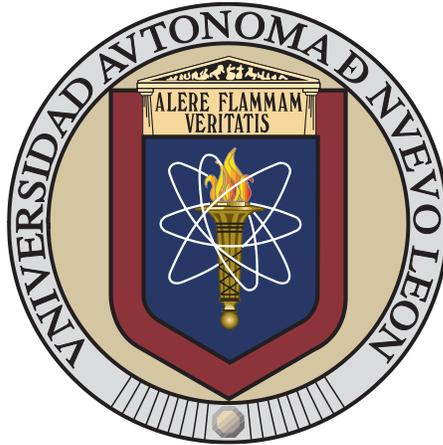
POR

LUIS ADRIÁN ÁLVAREZ LOZADA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

Octubre, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO



**CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA A LOS 8
Y 30 DÍAS POSTRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE CÁNCER DE MAMA**

POR

LUIS ADRIÁN ÁLVAREZ LOZADA

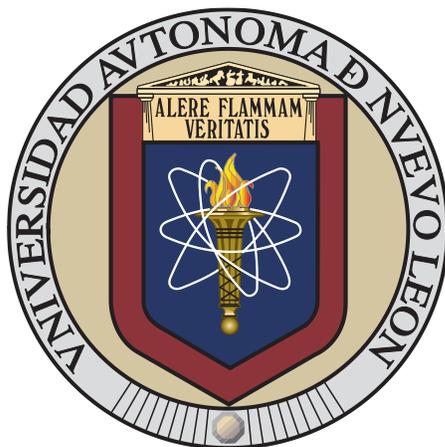
**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. S.P. ANA MARÍA SALINAS MARTÍNEZ

Octubre, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO



**CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA A LOS 8
Y 30 DÍAS POSTRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE CÁNCER DE MAMA**

POR

LUIS ADRIÁN ÁLVAREZ LOZADA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

CODIRECTOR DE TESIS

Dr. Med. HID FELIZARDO CORDERO FRANCO

Octubre, 2024

**CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA A LOS 8
Y 30 DÍAS POSTRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE CÁNCER DE MAMA**

Aprobación de Tesis:

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Presidente

Dr. Med. Hid Felizardo Cordero Franco
Secretario

Dr. Med. Alejandro Quiroga Garza
Vocal

Dra. En C. Blanca Edelia González Martínez
Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: “**Cumplimiento de expectativas y calidad de vida a los 8 y 30 días postratamiento quirúrgico de cáncer de mama**” presentada por **Luis Adrián Álvarez Lozada**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a _____ 2024

Dr. Med. Hid Felizardo Cordero Franco

Presidente

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez

Secretaria

Dr. Med. Alejandro Quiroga Garza
Vocal



Dra. En C BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.
P R E S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que he concluido la Dirección de la tesis titulada: **“Cumplimiento de expectativas y calidad de vida a los 8 y 30 días postratamiento quirúrgico de cáncer de mama”** presentada por **Luis Adrián Álvarez Lozada**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envío un cordial saludo.

Atentamente

“Alere Flammam Veritatis”

Monterrey, Nuevo León a 23 de octubre del 2024

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Directora de tesis

Dr. Med. Hid Felizardo Cordero Franco
Codirector de tesis

Agradecimientos

A mis papás, Luis Carlos y Thelma Gricel, por apoyarme incondicionalmente en este camino y siempre tener una palabra de apoyo. Por darme la oportunidad de alcanzar este grado. Este logro es por y, para ustedes.

A mi hermana Ingrid, por siempre creer en mí, apoyar todas mis metas e impulsarme a lograr cada una de ellas.

A mi mentor y amigo, el Dr. Alejandro Quiroga, por acompañarme toda mi carrera y Maestría, siempre teniendo un consejo para mí. Su guía constante, siempre acompañada de un consejo sabio, ha sido fundamental en mi formación profesional y personal.

A mi maestra, la Dra. Ana María Salinas, por todas sus enseñanzas, por mostrarme la pasión por la investigación y que todo es posible con dedicación y esfuerzo.

A todos los Profesores de la Maestría en Ciencias en Salud Pública, que fueron de gran importancia en mi formación.

A Milo, Mariño, Jezzini, Frank y todos mis compañeros de la generación, por ser parte fundamental de mi red de apoyo; por escucharme siempre que lo necesité y tener palabras de aliento para seguir adelante.

A la Dra. Magaly Peña, quien, sin su ayuda, no hubiera sido posible la realización de este proyecto y por su amable consejo y experiencia.

Por último, pero con suma relevancia, a mis pacientes.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a mis pacientes, quienes me abrieron las puertas y compartieron conmigo una parte pequeña, pero profundamente significativa, de sus vidas, permitiendo que este proyecto fuera posible. Su confianza y generosidad no solo hicieron realidad esta investigación, sino que también me brindaron lecciones invaluableles sobre la resiliencia, el coraje y la capacidad humana para superar adversidades. Este logro es gracias a ustedes, a su disposición y a su bondad.

Tabla de Contenido

		Pág.
		No.
CAPÍTULO 1		
1.	Introducción	1
1.1	El cáncer de mama	1
1.1.1	Epidemiología del cáncer de mama.....	1
1.1.2	Opciones de tratamiento del cáncer de mama.....	1
1.1.3	Mastectomía: qué esperar – respuesta al tratamiento quirúrgico	2
1.2	Expectativas	4
1.3	Calidad de vida relacionada con la salud	5
1.4	Expectativas – necesidades de información.....	10
1.5	Estudios relacionados	11
1.5.1	Expectativas postratamiento quirúrgico.....	11
1.5.2	Calidad de vida postratamiento quirúrgico.....	12
1.5.3	Determinantes de calidad de vida.....	14
1.6	Planteamiento del problema.....	14
1.7	Justificación.....	15
 CAPÍTULO 2		
2.	Hipótesis	17
 CAPÍTULO 3		
3.	Objetivos.....	18
3.1	Objetivo general.....	18
3.2	Objetivos específicos.....	18
 CAPÍTULO 4		
4.	Material y métodos.....	19
4.1	Diseño del estudio.....	19
4.2	Población de estudio.....	20
4.3	Criterios de selección.....	20
4.4	Técnica muestral.....	20
4.5	Cálculo del tamaño mínimo de la muestra.....	20
4.6	VARIABLES.....	21
4.7	Instrumentos de recolección de datos	26
4.8	Procedimientos.....	27
4.9	Plan de análisis.....	28
4.10	Consideraciones éticas.....	28
4.11	Bioseguridad.....	29
 CAPÍTULO 5		
5.	Resultados.....	30
5.1	Perfil sociodemográfico y de antecedentes personales.....	30
5.2	Perfil oncológico.....	31
5.3	Cumplimiento de expectativas a los 8 días postratamiento	32

quirúrgico.....	32
5.3.1 Nivel de cumplimiento de expectativas, según subescala.....	32
5.3.2 Prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas, según subescala.....	32
5.3.3 Prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas, según ítem.....	33
5.4 Calidad de vida postratamiento quirúrgico a los 8 (corto plazo) y 21 días (mediano plazo)	35
5.4.1 Nivel de calidad de vida, según subescala.....	35
5.4.2 Porcentaje de participantes con muy alta, alta y moderada afectación, según ítem de calidad de vida.....	37
5.5 Cumplimiento de expectativas y calidad de vida.....	38
CAPÍTULO 6	
6. Discusión.....	41
6.1 Cumplimiento de expectativas a los 8 días (corto plazo).....	41
6.2 Calidad de vida, a los 8 (corto plazo) y 21 días (mediano plazo)...	43
6.3 Cumplimiento de expectativas y calidad de vida postratamiento quirúrgico.....	45
CAPÍTULO 7	
7. Conclusiones.....	48
7.1 Cumplimiento de expectativas a los 8 días (corto plazo).....	48
7.2 Calidad de vida, a los 8 (corto plazo) y 21 días (mediano plazo)....	48
7.3 Cumplimiento de expectativas y calidad de vida.....	49
CAPÍTULO 8	
8. Referencias.....	50
ANEXOS	
A. Cuestionario	62
B. Listado de ítems acorde con fuente de origen.....	66
C. Consentimiento informado.....	68
D. Prevalencia de cumplimiento de expectativas del listado completo de ítems.....	69
Resumen autobiográfico.....	72

Lista de cuadros

	Pág.
1. Escalas de calidad de vida utilizadas en pacientes con cáncer de mama	6
2. Nombre, tipo, definición y escala de variables	22
3. Perfil sociodemográfico y antecedentes personales	30
4. Perfil oncológico	31
5. Confiabilidad y nivel de cumplimiento de expectativas, según subescala	32
6. Ítems con las prevalencias más altas de expectativas no formadas, sobrestimadas, cumplidas y subestimadas	34
7. Confiabilidad y nivel de calidad de vida, según subescala	35
8. Asociación entre expectativas y calidad de vida a corto plazo	39
9. Asociación entre cumplimiento de expectativas y calidad de vida a mediano plazo	40

Lista de Figuras

	Pág.
1. Modelo genérico de calidad de vida con eje central en factores con origen en una enfermedad	10
2. Diseño del estudio	19
3. Mapa de interrelación de variables	21
4. Flujograma de procedimientos	27
5. Prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas, según subescala	33
6. Nivel de calidad de vida a corto y a mediano plazo postratamiento quirúrgico	36
7. Porcentaje de participantes con muy alta, alta y moderada afectación de ítems de calidad de vida a corto y a mediano plazo postratamiento quirúrgico	37
8. Nivel de calidad de vida a corto plazo según cumplimiento de expectativa	38

Resumen

Dr. Luis Adrián Álvarez Lozada Fecha de graduación:
Universidad Autónoma de Nuevo León Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Inter facultades

Título del estudio: “CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA A LOS 8 Y 30 DÍAS POSTRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CÁNCER DE MAMA”

Introducción y objetivo: El efecto que posee el cumplimiento de expectativas postquirúrgicas en la calidad de vida aún no está bien delimitado. Se evaluó el cumplimiento de expectativas y la calidad de vida a los 8 y 30 días postratamiento quirúrgico de cáncer de mama.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectiva de pacientes con tratamiento quirúrgico de cáncer de mama durante 2023 y 2024 (n = 100). Se entrevistaron consecutivamente pacientes sin antecedente de cirugía mamaria, reconstrucción mamaria o ingreso a unidad de cuidados intensivos. Se midió la calidad de vida a los 8 y 30 días postoperatorios; y las expectativas a los 8 días. La escala de calidad de vida incluyó 19 ítems con opciones de respuesta en escala de Likert (Alfa de Cronbach = 0.86) con un rango posible de 0 a 100. La escala de expectativas también incluyó 19 ítems con opciones de respuesta en escala de Likert (Alfa de Cronbach = 0.87); con un rango posible -2 (expectativa no formada) a 1 (sobreestimada).

Resultados: La media de edad de 57.2 ± 11.2 años. La mediana de expectativas que predominó fue -1 (subestimación). La media de calidad de vida a corto plazo fue 65.6 ± 18.3 y a mediano plazo, 78.0 ± 16.2 (p < 0.0001); en todas las áreas hubo mejoría con excepción de bienestar social. La subestimación de expectativas totales (RM 0.21, IC95% 0.06, 0.7) y de bienestar emocional (RM 0.14, IC95% 0.04, 0.47) disminuyó las posibilidades de buena y muy buena calidad de vida a corto plazo. En el mediano plazo, solamente el bienestar emocional (RM 0.2, IC95% 0.06, 0.66).

Conclusiones: Existió una mejora significativa de calidad de vida a mediano plazo. Es clave el cumplimiento de expectativas de bienestar emocional; y es necesario atenderlas para mejorar el nivel de calidad de vida a corto y mediano plazo.

FIRMA DEL DIRECTORA DE TESIS _____

ABSTRACT

ACCURATE EXPECTATIONS AND QUALITY OF LIFE AT 8 AND 30 DAYS POST-SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Introduction and objective: The effect of meeting post-surgical expectations on quality of life is not yet well defined. In this study, meeting expectations and quality of life were evaluated at 8 and 30 days post-surgical treatment in patients with breast cancer.

Material and methods: This was a prospective cohort study of patients with surgical treatment for breast cancer during 2023 and 2024 (n = 100). Patients with no history of breast surgery, breast reconstruction, or admission to the intensive care unit were consecutively interviewed. Quality of life was measured at 8 and 30 days postoperatively; and expectations at 8 days. The quality-of-life scale included 19 items with Likert scale response options (Cronbach's alpha = 0.86) with a range of 0 to 100. The expectations scale also included 19 items with Likert scale response options (Cronbach's alpha = 0.87); with a range of -2 (unformed expectation) to 1 (overestimated).

Results: The mean age was 57.2 ± 11.2 years. The median of expectations that predominated was -1 (underestimation). The mean quality of life in the short term was 65.6 ± 18.3 and in the medium term, 78.0 ± 16.2 ($p < 0.0001$); in all areas, there was improvement except for social well-being. The underestimation of total expectations (OR 0.21, 95% CI 0.06, 0.7) and emotional well-being (OR 0.14, 95% CI 0.04, 0.47) decreased the chances of good and very good quality of life in the short term. Only emotional well-being (OR 0.2, 95% CI 0.06, 0.66) was found in the medium term.

Conclusions: Quality of life improved significantly in the medium term. Meeting emotional well-being expectations is a key issue. It is necessary to address these expectations to enhance quality of life in both the short and medium term.

Keywords: Breast Cancer; Expectations; Quality of Life

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida refleja el impacto de la enfermedad y es considerada un indicador de resultado clave del tratamiento en pacientes con cáncer de mama, además de la supervivencia. El cáncer de mama genera un fuerte impacto en la salud emocional al diagnóstico y el tratamiento y, un fuerte impacto en la salud física por efectos secundarios a la cirugía. El estado de ánimo, las preocupaciones e incertidumbre en torno a la imagen corporal y sobrepeso, afectan en diferente medida la salud emocional que puede verse exacerbada por información insuficiente y severidad de los efectos adversos del tratamiento en la salud física. Así también, por **falta de cumplimiento de expectativas**. El personal de salud debe estar atento para desarrollar estrategias que mejoren la detección temprana de manejo de síntomas y eventualmente, la calidad de vida. De aquí el interés del presente trabajo centrado en expectativas y calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico por cáncer de mama.

1.1 El cáncer de mama

1.1.1 Epidemiología del cáncer de mama

El cáncer de mama es el cáncer más común del mundo y la primera causa de cáncer en 160 países, dentro de los que se incluye México. En el año 2020, la incidencia estandarizada por edad se ubicó en 47.8 por 100,000 y la de mortalidad en 13.6 por 100,000. En México, fue de 40.5 y 10.6 por 100,000, respectivamente¹.

1.1.2 Opciones de tratamiento del cáncer de mama

El tratamiento del cáncer de mama está en función de la etapa clínica y tipo histopatológico, terapia endocrina, biológica, quimioterapia, radioterapia y/o cirugía. La cirugía y la radioterapia tiene una acción local o regional; y la quimioterapia, biológica y endocrina, una acción sistémica. La quimioterapia neoadyuvante es utilizada para reducir el tamaño del tumor y la recurrencia loco-regional. Además, existe la posibilidad de reconstrucción inmediata o

tiempo posterior a la cirugía. En general, son dos los procedimientos quirúrgicos:

1. Cirugía conservadora

- a. Cuadrantectomía, extirpación de una parte del seno que contiene el tumor junto con la piel que lo cubre.
- b. Segmentectomía, escisión del tumor y parte del parénquima con preservación de la piel.
- c. Tumorectomía, resección del tumor con un margen de seguridad.

2. Cirugía no conservadora

- a. Mastectomía simple
- b. Mastectomía radical
- c. Mastectomía radical modificada

La tasa de cirugía conservadora de mama ha sido reportada en 62% en centros acreditados por la Sociedad Norteamericana del Cáncer y el Colegio Norteamericano de Cirujanos. Las cifras de mastectomía están entre 30 y 40%; y la tasa aumentó de 34.3% a 37.8 % entre 1998 y 2011. Del total de pacientes con mastectomía, el 45.0% corresponde a mastectomía total, el 34.7% a mastectomía radical modificada, el 19.5% a mastectomía bilateral y el 0.8%, a mastectomía radical².

1.1.3 Mastectomía: qué esperar - respuesta al tratamiento quirúrgico

Dolor y cambio de sensibilidad. En respuesta al daño temporal de los nervios menores debajo del brazo y en el área de la cicatriz puede ocurrir dolor, ardor, hormigueo, entumecimiento o sensaciones punzantes en el área del seno y en el brazo del lado operado; la cicatriz puede sentirse tensa y sensible. Estos síntomas son bastante comunes y pueden durar algunas semanas o incluso meses. El cambio de posición y el uso de almohadas para apoyar la herida ayuda a reducir el dolor; y el uso de analgesia será de acuerdo con la necesidad. Algunas personas a las que se les extirparon los ganglios linfáticos quedan con un entumecimiento permanente o un cambio en la sensación en la parte superior del brazo.

Edema. El edema en área de la cirugía, hombro o brazo (linfedema) es parte normal del proceso de curación y debería disminuir de seis a ocho semanas después de la cirugía. Las mujeres pueden querer usar un sostén de apoyo día y noche, si la hinchazón es incómoda y se siente pesada.

Hematomas y seromas. Después de la cirugía, algunas personas presentan hematomas y/o desarrollan seromas debajo del brazo, en el seno o en la pared torácica; generalmente son reabsorbidos con el tiempo.

Rigidez del hombro y brazo. Brazo y hombro del lado operado pueden sentirse rígidos y adoloridos durante algunas semanas. Se recomiendan ejercicios suaves para recuperar el rango de movimiento que se tenía antes de la cirugía, idealmente deben comenzarse al día siguiente de la cirugía.

Cicatrización. Toda cirugía dejará algún tipo de cicatriz. Mirar y sentir la cicatriz por primera vez puede ser difícil y algunas mujeres encuentran útil tener a alguien junto cuando se mira la cicatriz por primera vez, mientras que otras querrán estar solas. Para muchas mujeres esto puede tomar algún tiempo. Al principio, la cicatriz se sentirá apretada y sensible y desigual al tacto. Suele ser inicialmente roja, pero se desvanecerá y será menos evidente con el tiempo. A medida que la cicatriz se vuelva menos sensible, debería poder usarse un sostén cómodo. Si se sometió a una mastectomía, también se podrá usar una prótesis liviana (forma de seno artificial). Por lo general, la piel tarda entre dos y tres semanas en sanar; y alrededor de 10 semanas para que se disuelvan los puntos internos.

Infeción de la herida. Puede ocurrir en cualquier momento después de la cirugía hasta que la herida esté completamente curada.

Tiempo de recuperación. Es posible que la paciente se vaya a casa a las 24 horas de la cirugía. La herida debe sanar dentro de seis a ocho semanas y a las pocas semanas, podrá regresar a la mayoría de las actividades usuales dependiendo del tipo de cirugía. El área del tórax y el brazo del lado de la cirugía volverán a sentirse igual que antes de la cirugía hasta después de

varios meses. En algunos casos, el área afectada siempre se sentirá diferente. Es posible que se hayan insertado drenajes en la herida durante la operación, los cuales por lo general permanecen insertados hasta la primera visita de seguimiento con su médico, generalmente 1 a 2 semanas después de la cirugía.

Programación de citas de seguimiento. Cita de seguimiento generalmente dentro de 1 a 2 semanas después de egresar del hospital.

Cómo sobrellevar los efectos secundarios físicos, emocionales y sociales.

Los cambios en la salud física dependen de varios factores, incluidos el estadio del cáncer, la duración y la dosis del tratamiento, y el estado de salud general. Se pueden experimentar efectos emocionales y sociales después de recibir un diagnóstico de cáncer como tristeza, ansiedad, enojo o estrés. Para algunas pacientes, hablar con una trabajadora social, una psicóloga o asesor espiritual puede ayudar a sobrellevar el cáncer³⁻⁵.

1.2 Expectativas

Concepto. El término *expectativa* hace referencia a la creencia sobre la ocurrencia de un evento específico⁶. En 1995, Thompson y Sunol⁷ propusieron cuatro tipos de expectativas: a) Ideales (resultados que el paciente desea, prefiere o necesita obtener del tratamiento), b) Predichas (resultados que el paciente anticipa obtener), c) Normativas (resultados que van a pasar con base en literatura científica) y d) Sin formar (el paciente no se atreve a expresar una expectativa, porque es nuevo en el tratamiento, o bien, por ansiedad, negación o indiferencia).

Marco teórico. La teoría de las expectativas en psicología sostiene que estas son el producto de un proceso cognitivo dependiente de la experiencia y el aprendizaje social⁸. La teoría de Expectativas de Respuesta distingue dos tipos de beneficios, de origen externo (recibir dinero, felicitaciones) y de origen interno (la cirugía elimina el cáncer). El resultado esperado puede ser positivo,

negativo o ambivalente⁶. La paciente compara lo anticipado con lo que recibe. Y confirma o modifica las expectativas de acuerdo con el conocimiento del tema y percepción de síntomas, severidad de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento y comparación de resultados entre pacientes, medicamentos y enfermedades⁹⁻¹¹. También, mediante educación en salud e influencia familiar y de amigos; y pueden variar según el perfil sociodemográfico⁸.

Medición. Se han propuesto escalas para medir expectativas y experiencia con medicamentos, como el instrumento genérico *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ)¹² y el *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication* (TSQM). Este último ha sido utilizado reemplazando la palabra “satisfacción” por expectativa¹³. En pacientes con cáncer de mama se han medido expectativas de respuesta al tratamiento con reactivos disponibles en el cuestionario *Breast-Q* referentes a experiencia con dolor y entumecimiento del seno¹⁴. Otros autores han medido cumplimiento de expectativa con apariencia de la cicatriz/área de la cirugía con base en preguntas de elaboración propia¹⁵⁻¹⁷. O bien, cumplimiento con expectativa de calidad de vida \geq al 1 año del evento quirúrgico, con base en reactivos con opciones de respuesta tales como “experiencia peor a los anticipada” (subestimada), “igual a la anticipada” y “mejor a la anticipada (sobreestimada)^{14,18}.

1.3 Calidad de vida relacionada con la salud

Concepto. Calidad de vida hace referencia a la percepción de limitación física, psicológica y/o social del estado de salud a causa de los síntomas o secuelas de una enfermedad. O bien, a causa de efectos adversos del tratamiento. Es el nivel de bienestar que la persona percibe en diversos dominios afectados por el estado de salud con la característica de ser subjetiva y multidimensional¹⁹. La Organización mundial de la Salud la define como percepción de bienestar y satisfacción con la vida; y reconoce que la percepción está en función de metas, expectativas, normas y preocupaciones en el contexto cultural y

sistemas de valor en los que vive el individuo²⁰. Los efectos secundarios al tratamiento quirúrgico en la paciente con cáncer de mama pueden afectar la funcionalidad física y psicológica, así también, el bienestar social^{21,22}. El dolor, el linfedema y la pérdida del rango de movimiento en hombro conllevan limitación física y reducción de actividades de la vida diaria. A lo anterior, se suman trastornos del sueño y fatiga²³⁻²⁶. El efecto de una mastectomía a menudo resulta en trastornos del estado de ánimo, depresión, ansiedad, ira y miedo relacionado con la imagen corporal que reduce significativamente la calidad de vida²⁵⁻²⁹.

Medición. Existen instrumentos genéricos y específicos a enfermedades, grupos de pacientes o áreas de funcionamiento (social, físico, psicológico y sintomatología frecuente como dolor)¹⁹. La calidad de vida en el campo de la oncología incluye áreas de la salud afectadas por la enfermedad y los diferentes tipos de tratamiento (Cuadro 1).

Cuadro 1. Escalas de calidad de vida utilizadas en pacientes con cáncer de mama

Escalas de calidad de vida	Dimensiones y número de ítems	Puntuación (interpretación)
Genéricas		
WHOQOL-Bref (OMS) ³⁰ ; disponible en español	23 ítems en total con 4 dimensiones y 3 ítems de calidad y salud general: Bienestar psicosocial (6 ítems), Bienestar físico (6 ítems), Preocupación social (3 ítems), Medio ambiente (8 ítems), Calidad de vida general (2 ítems) y Salud general (1 ítem)	Escala de Likert 1 a 5 (1= nada; 5 = mucho/totalmente). La puntuación total se obtiene recodificando ítems negativos y sumando todos; puntaje posible 1 – 130. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.
EQ-5D-5L (Euroquol 5-D) ³¹ ; disponible en español	25 ítems con 5 dimensiones: Movilidad (5 ítems), Autocuidado (5 ítems), Actividades usuales (5 ítems), Dolor (5 ítems),	1 ítem en escala 0-100 (VAS -escala visual analógica); a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Escalas de calidad de vida	Dimensiones y número de ítems	Puntuación (interpretación)
	Ansiedad/depresión (5 ítems) Salud general (1 ítem)	Escala de Likert 1 a 5 (1= ningún problema 5 = mucho/incapaz). La puntuación total se obtiene sumando 25 ítems; puntaje posible 1 – 125. A mayor puntuación, peor calidad de vida. Se puede dicotomizar en 'sin problemas' (respuesta 1) y 'cualquier problema' (respuestas 2, 3, 4 y 5)
SF-12	12 ítems, unidimensional	Algunos ítems cuentan con respuestas en escas ordinal y otros, en escala nominal. La puntuación total se obtiene sumando los 12 ítems y se transforma el puntaje a escala del 0 a 100, donde las puntuaciones más altas se asocian con mejor calidad de vida
Específico para cáncer		
EORTC QLQC-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer) ³² ; disponible en español ³³	28 ítems: 5 dimensiones funcionales: Bienestar emocional (4 ítems), Funcionamiento cognitivo (2 ítems), Bienestar físico (4 ítems), Actividad cotidiana (2 ítems), Funcionamiento social (2 ítems) 1 dimensión de síntomas (12 ítems) e Impacto económico (1 ítem) Calidad de vida general (1 ítem) y Salud general (1 ítem)	28 ítems en Escala de Likert 1 a 4 (1= no; 4 = mucho). La puntuación de dimensión funcional se obtiene invirtiendo los ítems, sumando y transformando a escala de 0 a 100. A mayor puntuación, mejor calidad de vida. La puntuación de dimensión de síntomas se obtiene sumando y transformando a escala de 0 a 100. A mayor

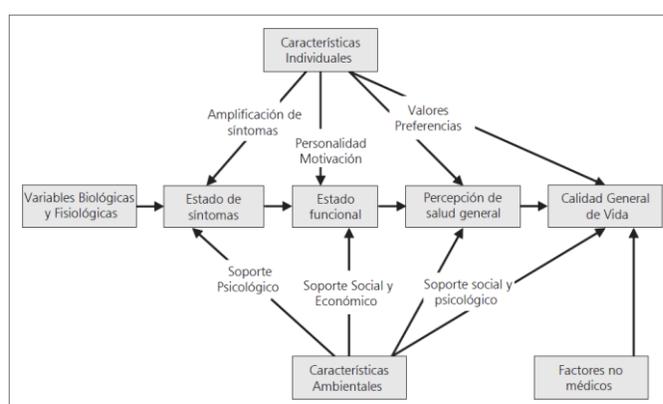
Escalas de calidad de vida	Dimensiones y número de ítems	Puntuación (interpretación)
		puntuación, peor calidad de vida. 2 ítems en escala de Likert 1 a 7 (1= Pésimo, 7 = Excelente). A mayor puntuación, mejor calidad de vida.
FACT- G	27 ítems en total con 5 dimensiones y 1 ítem de vida sexual: Bienestar físico (7 ítems), Bienestar social/familiar (6 ítems), Vida sexual (1 ítem), Bienestar emocional (6 ítems), Bienestar funcional (7 ítems)	Escala de Likert 0 a 4 (1= no; 4 = mucho). La puntuación total se obtiene recodificando ítems negativos; puntaje posible 0 a 108. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.
Específicas a cáncer de mama		
Quality of Life Index ³⁴	26 ítems en total con 6 dimensiones: Bienestar psicosocial (6 ítems), Bienestar físico (5 ítems), Imagen corporal (5 ítems), Respuesta al tratamiento (quirúrgico) (6 ítems), Respuesta nutricional (1 ítem) y Preocupación social (3 ítems)	Escala de Likert 0 a 10 (0= nada; 10 = mucho/totalmente). La puntuación total se obtiene recodificando ítems negativos; puntaje posible 0 – 260. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.
QLQ-BR23 (módulo del EORTC QLQ-C30) ^{32,33,35}	23 ítems en total con 3 dimensiones funcionales: Imagen corporal (4 ítems), Sexualidad (3 ítems) y Perspectiva futura (1 ítem) 1 dimensión de síntomas: locales-regionales (7 ítems) y sistémicos (8 ítems)	Escala de Likert 1 a 4 (1= no; 4 = mucho). La puntuación de dimensión funcional se obtiene invirtiendo los ítems, sumando y transformando a escala de 0 a 100. A mayor puntuación, mejor calidad de vida. La puntuación de dimensión de síntomas se obtiene sumando y transformando

Escala de calidad de vida	Dimensiones y número de ítems	Puntuación (interpretación)
FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast)	37 ítems en total con 5 dimensiones y 1 ítem de vida sexual: Bienestar físico (7 ítems), Bienestar social/familiar (6 ítems), Vida sexual (1 ítem), Bienestar emocional (6 ítems), Bienestar funcional (7 ítems), Preocupaciones adicionales (10 ítems)	a escala de 0 a 100. A mayor puntuación, peor calidad de vida. Escala de Likert 0 a 4 (1= no; 4 = mucho). La puntuación total se obtiene recodificando ítems negativos; puntaje posible 0 a 148. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Marco teórico. Wilson y Cleary proponen un modelo de calidad de vida genérico con eje central en factores con origen en una enfermedad (paradigma clínico: variables biológicas y fisiológicas, síntomas, estado funcional, percepción de salud general), los cuales interactúan con características individuales y características ambientales (paradigma de ciencias sociales: (personalidad, motivación, preferencias, soporte psicológico, social y económico) (Figura 1)¹⁹. La evidencia señala que los problemas psicosociales duplican la gravedad de los síntomas físicos de una enfermedad particularmente al momento del diagnóstico³⁶. Por otra parte, el modelo de evaluación de estrés adaptado del trabajo teórico de Lazarus y Folkman (1984), se ha utilizado para explicar variación en la calidad de vida de las mujeres después de una mastectomía. De acuerdo con este modelo teórico hay factores personales (edad, escolaridad, ocupación, estado civil y uso de implantes mamarios) y factores relacionados con la enfermedad (etapa del cáncer, tiempo con el diagnóstico, comorbilidades) que pueden afectar directa o indirectamente la calidad de vida³⁷. Adicionalmente se reconoce que la calidad de vida se ve

influenciada por diferencias en las expectativas individuales, las cuales varían dependiendo de factores sociales, psicológicos, socioeconómicos, demográficos y culturales¹⁹. Especialmente, el conocimiento sobre efectos y posibles complicaciones de una cirugía como la mastectomía, sin duda contribuye con la formación de expectativas reales; y ayuda a comprender y manejar síntomas físicos y no físicos³⁴.

Figura 1. Modelo genérico de calidad de vida con eje central en factores con origen en una enfermedad¹⁹



1.4 Expectativas - necesidades de información

El diagnóstico de cáncer de mama es traumático y da lugar a todo tipo de sentimientos entre ellos miedo a la muerte y al dolor. Así también, preocupación por el cambio corporal y pérdida de atractivo físico. Por ello, la adecuada comunicación es clave para minimizar el impacto emocional en el paciente³⁸. La comunicación médico-paciente incluye el intercambio de información, el manejo de la incertidumbre del paciente, la promoción de la autogestión, el abordaje de las emociones y la toma de decisiones³⁹. Posterior a una mastectomía por cáncer de mama son esperados algunos efectos adversos propios de una cirugía y complicaciones que, si bien pueden ser comunes, pueden no ser esperadas. Poseer información sobre qué esperar da el poder a la paciente de anticiparse y prestar atención a aquella sintomatología que debe recibir atención médica. Por ejemplo, se debe considerar información sobre

eliminación de drenajes, restricciones de actividad, prevención de linfedema, infecciones o lesiones y rutina del cuidado de la piel⁴⁰. En el proceso terapéutico, el médico y el paciente no siempre logran un entendimiento mutuo, y las expectativas pueden no empatar³⁹.

Brindar información previa a una cirugía ofrece importantes beneficios, dentro de los que destacan reducir la ansiedad y efectos adversos, a la vez que incrementa la adherencia al tratamiento⁴¹. La comunicación eficaz médico-proveedor da como resultado una mejor salud psicológica, somática y social³⁹. Las mujeres que se sienten completamente informadas sobre sus opciones de cirugía de cáncer de mama tomarán decisiones de tratamiento compartidas de mayor calidad y experimentarán mejores resultados quirúrgicos y salud psicosocial^{42,43}. Las necesidades de información han sido medidas con el instrumento *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* que identifica si el médico explicó las cosas con claridad, escuchó con atención, dio instrucciones fáciles de entender, o bien, pasó suficiente tiempo con el paciente, entre otras⁴⁴. En estudio de Paraskeva y col.¹⁷ se pidió a las pacientes que describieran qué tipo de ayuda se les había ofrecido para mirar su mama por primera vez después de la cirugía. Las personas expresaron “la enfermera explicó cómo podría verse”, “Me enseñaron fotografías antes de la cirugía” y “la enfermera me motivó a ver la cicatriz en mi propio tiempo”, entre otros resultados. Mitchell y col.⁴⁵ midieron qué tan informadas se sentían las pacientes sobre opciones quirúrgicas disponibles; 47% con lumpectomía y 67% mastectomía, dijeron sentirse completamente informadas. Es indispensable saber qué mujeres se sienten insuficientemente informadas para mejorar la atención centrada en el paciente⁴⁴.

1.5 Estudios relacionados

1.5.1. Expectativas postratamiento quirúrgico

Estudio de cohorte en clínica de oncología identificó que las pacientes con post-mastectomía sin reconstrucción subestimaban la calidad de vida. Es decir, la media de calidad de vida era mejor a la anticipada al 1 año de la cirugía (68.0

vs 74.3 puntos; $p = 0.02$). En cambio, la sensación de adormecimiento era peor a lo esperada (2.8 vs 3.5 puntos, $p < .01$). Así también, el dolor en área de mastectomía (2.1 vs 2.5 puntos, $p < 0.05$)¹⁴. Estudio previo, también observó subestimación de expectativa de calidad de vida, independiente de la modalidad del tratamiento. En pacientes con mastectomía sin reconstrucción fue 56.8 vs 83.7 puntos ($p < 0.001$), en aquellas con mastectomía con reconstrucción 73.4 vs 83.9 puntos ($p < 0.001$) y con cirugía conservadora, 72.2 vs 88.6 puntos ($p < 0.001$)¹⁸. Shakespeare y Hobby¹⁵, documentaron que 18% de pacientes con cirugía oncológica con reconstrucción de mama percibían la cicatriz mamaria peor a lo esperada, 36% igual a lo esperada y 45%, mejor a lo esperada. Mientras que Eichler y col.¹⁶, reportaron que 15% de pacientes con tumorectomía y 21% con mastopexia, percibían las características de la cicatriz en términos de visibilidad, ubicación, textura y tamaño, peor a lo anticipado. Paraskeva y col.¹⁷ documentaron que 36% de las pacientes vio el área de la cirugía mejor a lo imaginado (no fue tan desagradable), 35% la vio igual y 17%, la vio peor (fue más desagradable). El 12% respondió que no tenían imágenes preconcebidas (expectativa no formada). Las preferencias que una mujer forma respecto a un procedimiento giran en torno a la motivación por la que deciden someterse a un determinado procedimiento. Por tanto, la decisión tomada se basa en las expectativas de un beneficio o un efecto adverso. Entre los factores que determinan expectativas se ha documentado la edad. Las mujeres más jóvenes tienden a estar más preocupadas por su imagen corporal y su vida sexual que aquellas de edad avanzada, quienes piensan más recurrencia y esperanza de vida^{46,47}.

1.5.2. Calidad de vida postratamiento quirúrgico

Estudio de revisión con resultados de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama estimó una media de calidad de vida de 64.7 con base en la escala EORTC QLQ- C30 y de 66.3 con base en escala QLQ- BR23. El análisis por regiones mostró el nivel más bajo de calidad de vida para América del Sur con 52, seguido por Europa y América del Norte con 63 y Asia con 66 (rango posible del 0 al 100; a más alto mejor calidad de vida). La media obtenida con

la escala FACT- B fue de 84.4; América del Sur vuelve a ocupar el valor más bajo con 74 en comparación a Asia con 89 y Europa con 88 (rango posible 0 a 144: a más alto mejor calidad de vida)⁴⁸. Desafortunadamente, no se especifica al cuánto tiempo después de iniciado el tratamiento se realizó la medición, tampoco diferencia tipo de tratamiento o estadio de la enfermedad. En Croacia, **al mes de la mastectomía**, se determinó una mediana de 73.3 en la dimensión física del QLQ-C30, 37.5 en la dimensión emocional y 66.6 en la dimensión social. En estado de salud global, la media fue de 50 y en dolor 41.7. En imagen corporal el resultado fue de 62.5, en síntomas mamarios 33.3 y en afectación de brazo 44⁴⁹. En Vietnam, la puntuación media de calidad de vida medida con la escala Quality of Life Index, **1 semana después** de la mastectomía, estuvo entre 157.6 ± 13.9 y 176.5 ± 17.4 (puntaje posible 0-260; a mayor puntuación, mejor calidad de vida); y a la 3ª semana entre 171.6 ± 20.8 y 198.1 ± 15.3 . La dimensión con el puntaje más bajo a la semana fue la social, seguida por bienestar físico e imagen corporal³⁴. En Taiwán, la media de calidad de vida medida con el EORTC QLQ-C30 y 23 dentro de **la primera semana posterior** a mastectomía, resultó en 74 ± 2.3 en imagen corporal, 73.2 ± 1.9 en bienestar emocional, 76.6 ± 1.9 en funcionamiento cognitivo, 81.7 ± 1.2 en bienestar físico y 62.0 ± 2.2 en funcionamiento social⁵⁰. En España, **al mes** con cirugía conservadora se identificó una mediana de 66 y con cirugía radical, de 50 con la escala QLQ-C30 global⁵¹.

En México, Enríquez Reyna y col.⁵² identificaron una media de calidad de vida de 81 ± 20.7 con base en el EORTC QLQ-C30 **durante el primer año** de recibir tratamiento (no se estratifica por tipo de tratamiento). El área más afectada fue el funcionamiento social, seguido por el emocional. La edad y número de hijos se correlacionaron negativamente con índice de calidad de vida vinculada con síntomas mamarios -0.27 y -0.26, respectivamente. Cortés-Flores y col.⁵³ reportaron 84.3 ± 11.4 en edad ≤ 50 y 72.6 ± 20.9 , en > 50 años, después de 1 año postoperatorio en pacientes con mastectomía sin reconstrucción. Álvarez-Pardo y col.⁵⁴, determinaron una media de 59.0 ± 30.6 durante los **primeros 5**

años posteriores a mastectomía y 44.6 ± 26.3 , post cirugía conservadora. Las áreas de funcionamiento emocional y cognitivo registraron los puntajes más bajos en uno y otro tipo de cirugía (83.5 ± 17.3 y 83.6 ± 16.1 vs 82.6 ± 20.6 y 22.5 ± 19.7 , respectivamente).

1.5.3. Determinantes de calidad de vida

Factores correlacionados con calidad de vida han sido estadio de la enfermedad y características médicas y psicosociales como dolor, estrés, ansiedad, depresión y relaciones sociales⁴⁸. La ocupación se ha correlacionado negativamente ($r = -0.30$)⁵⁵; y la escolaridad, el apoyo social y la satisfacción con la atención recibida, positivamente ($r = 0.29, 0.40$ y 0.34 , respectivamente)⁵⁶. Maharjan y col.³⁷ identificaron una mejor calidad de vida en mujeres laboralmente activas en comparación a amas de casa; y no encontraron diferencias por edad, estado marital, nivel educativo y presencia de comorbilidades. Las expectativas también pueden influir en resultados posquirúrgicos en términos de dolor^{57,58}, estado funcional⁵⁷ y regreso al trabajo⁵⁹. Estudio de revisión sistemática con solo estudios prospectivos reveló una correlación positiva entre expectativas prequirúrgicas y calidad de vida general posquirúrgica ($r = 0.37$; rango de seguimiento, 1 semana a 13 años). La correlación entre expectativas y funcionamiento físico fue de 0.13 y funcionamiento mental, 0.21. Lo anterior, subrayó la necesidad de mejorar las expectativas para también mejorar la calidad de vida posoperatoria⁶⁰.

1.6 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre 13 y 21% de pacientes con cirugía oncológica, percibe la cicatriz mamaria peor a lo esperada¹⁵⁻¹⁷. Además, hay subestimación de calidad de vida al 1 año de la mastectomía sin reconstrucción. En cambio, se sobrestima la sensación de adormecimiento y dolor, lo cual se percibe peor a lo anticipado¹⁴. El cáncer de mama genera un fuerte impacto en la salud emocional al diagnóstico y el

tratamiento y, un fuerte impacto en la salud física por efectos secundarios a la cirugía. El estado de ánimo, las preocupaciones e incertidumbre en torno a la imagen corporal y sobrevivida, afectan en diferente medida la salud emocional que puede verse exacerbada por información insuficiente y severidad de los efectos adversos del tratamiento en la salud física. Así también, por falta de cumplimiento de expectativas. **Sin embargo**, se desconoce el nivel y los factores que determinan el cumplimiento de expectativas y la calidad de vida a los 8 (corto plazo) y 30 días (mediano plazo) postratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de mama. El personal de salud debe estar atento al nivel y factores que determinan el cumplimiento de expectativas en la paciente con cáncer de mama, por su efecto potencial en la calidad de vida. Esto permite desarrollar estrategias que mejoren la detección temprana de manejo de síntomas y eventualmente, la calidad de vida. También, ofrece la oportunidad de corregir la atención en forma individualizada.

Por ello, las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas a los 8 días postratamiento quirúrgico (bienestar físico, respuesta al tratamiento, bienestar emocional y social y, de información vinculada al tratamiento)?
2. ¿Cuál es la intensidad de la asociación entre cumplimiento de expectativas y calidad de vida a los 8 (corto plazo) y 30 días (mediano plazo) postratamiento quirúrgico?

1.7 JUSTIFICACIÓN

Es importante explorar el nivel y los factores que determinan el cumplimiento de expectativas del tratamiento en la paciente con cáncer de mama, por su efecto potencial en la calidad de vida postratamiento quirúrgico. Así también, el nivel de cumplimiento de expectativas de información recibida en torno al tratamiento

quirúrgico del cáncer de mama (por ejemplo, cuánto tardaría en sanar el área de la cirugía, cuidado de la herida al egreso, ejercicios especiales para el brazo, opciones de apoyo espiritual, emocional y grupos de autoayuda) y aquella relacionada con respuesta al tratamiento quirúrgico (por ejemplo, edema, hipo/hipersensibilidad, dolor, limitaciones de movilidad del brazo, apariencia de la cicatriz, posibilidades de infección). A su vez, permitirá realizar una evaluación indirecta de los servicios de salud y la atención que se le presta a brindar información y preparar a las mujeres para su cirugía. Reconocer la calidad de vida en pacientes con mastectomía puede servir como referencia para desarrollar programas de mejora de la atención centrada en el paciente.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

Ha1. Entre el 13 y 21% de las mujeres percibe cicatriz mamaria peor de lo esperado ¹⁵⁻¹⁷.

Ha2. El cumplimiento de expectativas de bienestar físico incrementa al doble las posibilidades de buena/muy buena calidad vida dimensión física a corto y mediano plazo postratamiento quirúrgico.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de expectativas en calidad de vida a los 8 y 30 días postratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de mama

3.2 Objetivos específicos

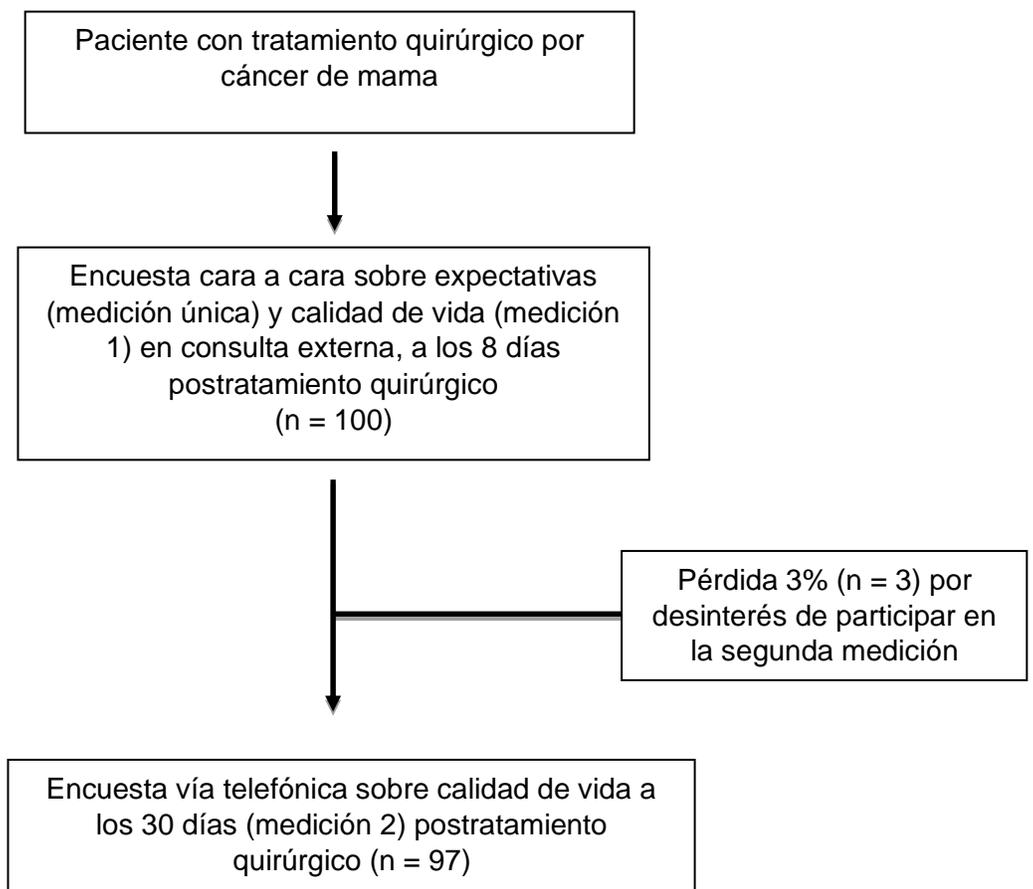
1. Identificar a corto plazo, el nivel de cumplimiento de expectativas de bienestar físico, respuesta al tratamiento, bienestar emocional y social y, de información vinculada al tratamiento
2. Estimar a corto plazo, la prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas (de bienestar físico, respuesta al tratamiento, bienestar emocional y social y, de información)
3. Identificar a corto y mediano plazo, el nivel de bienestar físico, respuesta al tratamiento, bienestar emocional y social
4. Estimar a corto y mediano plazo, la intensidad de la asociación entre cumplimiento de expectativas y buena/muy buena calidad de vida

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio. De cohorte de pacientes con tratamiento quirúrgico por cáncer de mama (Figura 2).

Figura 2. Diseño del estudio



4.2 Población de estudio. Paciente con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama no metastásico con cirugía conservadora o mastectomía simple, radical o radical modificada.

4.3. Criterios de selección

Inclusión

- Paciente de primera vez
- Sin antecedente de cirugía mamaria o, con reconstrucción mamaria
- Sin ingreso a unidad de cuidados intensivos

Exclusión

- Edad < 18
- Mastectomía paliativa o profiláctica de mama contralateral
- Embarazo
- Discapacidad visual o auditiva

Eliminación

- Antecedente de reingreso hospitalario, con o sin reintervención quirúrgica

4.4 Técnica muestral. Selección consecutiva de pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

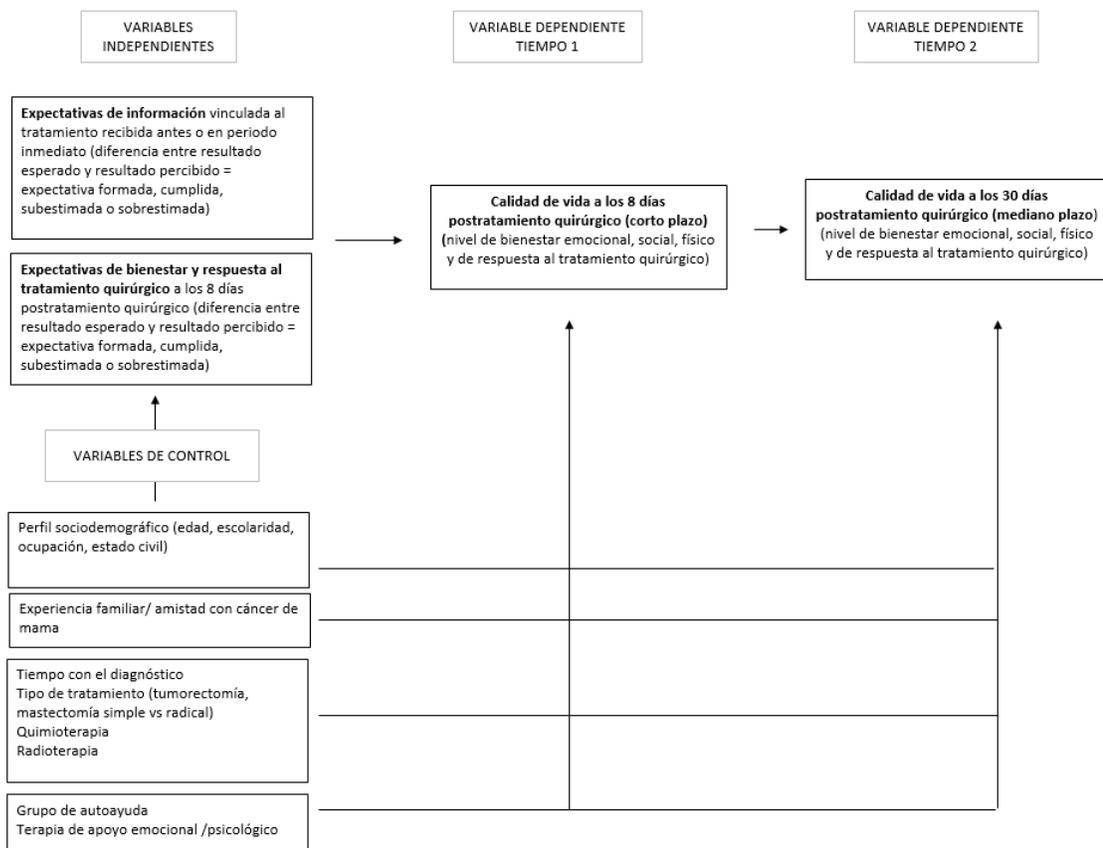
4.5 Cálculo del tamaño mínimo de muestra.

Se calculó el tamaño mínimo de muestra en 88 con base en la Ha2. “El cumplimiento de expectativas de bienestar físico incrementa al doble las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida dimensión física a corto y mediano plazo postratamiento quirúrgico”; 20% de no expuestos con evento de interés (incumplimiento de expectativa con buena/muy buena calidad de vida), poder estadístico de 80% y nivel de confianza de 95%⁶¹.

4.6 Variables

En la Figura 3 se muestra el mapa de interrelación de variables. Posteriormente, en el Cuadro 2 se describe la definición operacional y la escala de cada una de ellas.

Figura 3 Mapa de interrelación de variables



Cuadro 2. Nombre, tipo, definición y escala de variables

Nombre	Tipo	Definición operacional	Escala
Expectativas de información vinculada al tratamiento	Indep	<p>Cumplimiento a expectativa de información sobre diferentes aspectos del tratamiento (diferencia entre información esperada y recibida). Por ejemplo, <i>“Qué tanto esperaba recibir información sobre opciones de tratamiento del cáncer de mama”</i> (16 ítems) (Anexo A)</p> <p>a) Información relacionada al tratamiento en sí (opciones además de la cirugía, reconstrucción del seno operado, tiempo que duraría el tratamiento, posibilidades de curación, cuánto tardaría en sanar el área de la cirugía, cuidado de la herida al egreso, ejercicios especiales para el brazo, opciones de apoyo espiritual, emocional y grupos de autoayuda; 11 ítems)</p> <p>b) Información relacionada con respuesta al tratamiento quirúrgico (edema, hipo/hipersensibilidad, dolor, limitaciones de movilidad del brazo, apariencia de la cicatriz, posibilidades de infección; 5 ítems)</p>	<p>Ordinal: -2 = No esperaba recibir este tipo de información (expectativa no formada), -1 = Esperaba recibir menos información y le dieron más (expectativa subestimada), 0 = Recibió la información que esperaba (expectativa cumplida), 1 = Esperaba recibir más información de la que recibió y le dieron menos (expectativa sobreestimada)</p> <p>Se estimó el puntaje por subescala: $(\sum \text{ítem1} + \text{ítem2} \dots \text{ítem16}) / 16$; a mayor puntaje, mayor sobrestimación. Se categorizó con base en los siguientes puntos de corte: ≤ -1.50 = 'No formada, -1.49 a -0.50 = Subestimada, -0.49 a 0.50 = Cumplida, ≥ 0.51 = Sobreestimada</p>
Expectativas	Indep	Cumplimiento de expectativas de bienestar y respuesta al tratamiento quirúrgico (diferencia entre resultado	Ordinal: -2 = No esperaba tener sintomatología o apoyo social/emocional (expectativa no

Nombre	Tipo	Definición operacional	Escala
		<p>esperado y resultado percibido). Por ejemplo, “<i>Qué tanto esperaba sentir angustia al mirar la cicatriz</i>” (19 ítems) (Anexo A)</p> <p>a) Bienestar emocional (4 ítems) b) Bienestar social/familiar (3 ítems) c) Bienestar físico (5 ítems) d) Respuesta al tratamiento quirúrgico (7 ítems)</p>	<p>formada), -1 = Esperaba tener menos y tuvo más (expectativa subestimada), 0 = Tuvo lo que esperaba (expectativa cumplida), 1 = Esperaba tener más y tuvo menos (expectativa sobreestimada)</p> <p>Se estimó el puntaje por subescala, por ejemplo, (Σ ítem1 + ítem2...ítem5 /5; a mayor puntaje, mayor sobrestimación. Se categorizó con base en los siguientes puntos de corte: ≤ -1.50 = 'No formada, -1.49 a -0.50=Subestimada, -0.49 a 0.50= Cumplida, ≥ 0.51 = Sobreestimada</p>
Calidad de vida	Dep	<p>Nivel de bienestar emocional, social, físico y de respuesta al tratamiento quirúrgico a los 8 (medición 1 o corto plazo) y 30 días (medición 2 o mediano plazo) postratamiento quirúrgico. Por ejemplo, “<i>Qué tanta angustia le provoca mirar la cicatriz de la cirugía</i>” (19 ítems) (Anexo A)</p> <p>a) Bienestar emocional (4 ítems) b) Bienestar social/familiar (3 ítems) c) Bienestar físico (5 ítems) d) Respuesta al tratamiento quirúrgico (7 ítems)</p>	<p>Ordinal, 0= Nada, 4= Muchísima</p> <p>Se estimó el puntaje por subescala, por ejemplo, (Σ ítem1 + ítem2...ítem5) /5; a mayor puntaje, mayor calidad de vida o de bienestar (previa inversión de puntajes). Se categorizó con base en los siguientes puntos de corte: < 50 = Muy mala y mala, 50.0 a 74.99 =Regular, ≥ 75.0 = Buena y muy buena</p>

Nombre	Tipo	Definición operacional	Escala
Antecedentes personales			
Alguien en la familia ha padecido cáncer de mama	Control	Mamá (sí vs no), abuela (sí vs no), hermana (sí vs no), hija (sí vs no)	Nominal
Alguien cercano (no familiar) ha padecido cáncer de mama	Control	Sí vs no	Nominal
Tiempo con diagnóstico de cáncer de mama (meses)	Control	Fecha de la entrevista - Fecha del diagnóstico	Continua
Otro tipo de tratamiento para el cáncer de mama	Control	Hormonal, otro	Nominal
Grupo de autoayuda durante el primer mes postcirugía	Control	Sí vs no	Nominal
Apoyo emocional/ psicológico durante el primer mes postcirugía	Control	Sí vs no	Nominal
Antecedente otro tipo de cáncer	Control	Sí (cuál) vs no	Nominal
Antecedente de diabetes	--	Sí vs no	Nominal
Antecedente de cirugía distinta a la actual	--	Sí (cuál) vs no	Nominal
Tipo de cirugía	Control	Conservadora, mastectomía simple vs radical (información a ubicar en el expediente)	Nominal
Etapa del cáncer	Control	Etapa I, II, III o IV (información a ubicar en el expediente)	Ordinal
Linfadenectomía	--	Sí vs no información a ubicar en el expediente)	
Quimioterapia de inducción	--	Sí vs no información a ubicar en el	

Nombre	Tipo	Definición operacional	Escala
Radioterapia	--	expediente) Sí vs no información a ubicar en el expediente)	
Perfil sociodemográfico			
Edad	Control	Años cumplidos	Continua
Escolaridad	Control	Máximo grado de estudios (ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura o posgrado)	Ordinal
Estado civil	Control	Con pareja (casada, unión libre) vs sin pareja (soltera, separada, divorciada, viuda)	Nominal
Ocupación	--	-Económicamente activa (autoempleo, empleo remunerado) vs. no activa (ama de casa, jubilada, pensionada, desempleada)	Nominal
Municipio de residencia	--	Zona metropolitana (Monterrey, Guadalupe, Juárez, San Nicolás, San Pedro, Apodaca, Santa Catarina, Gral. Escobedo) vs no metropolitana	Nominal

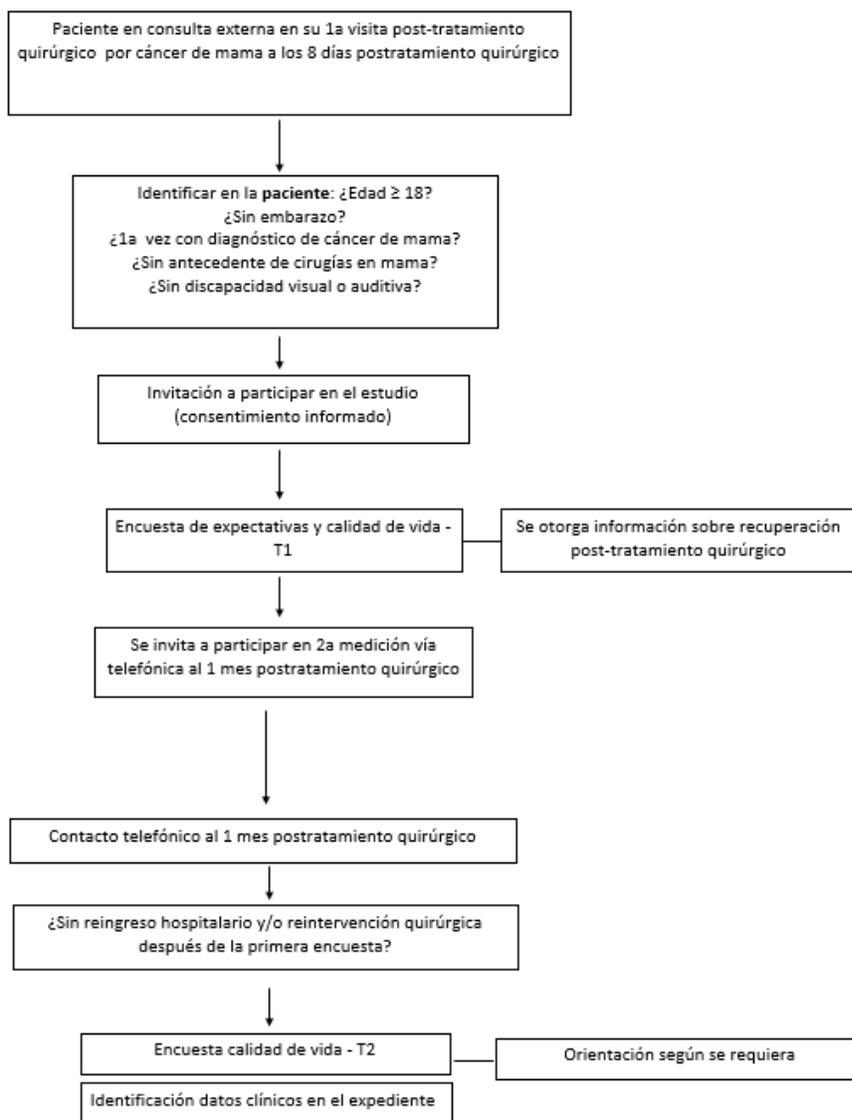
4.7 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de colección de datos consistió de un cuestionario estructurado en los siguientes apartados: 1) calidad de vida (nivel de bienestar emocional, social, físico y de respuesta al tratamiento quirúrgico; 19 ítems: 4 ítems de bienestar emocional, 5 ítems de bienestar físico, 3 de bienestar emocional y 7 de respuesta al tratamiento), 2) expectativas de bienestar emocional, social, físico y respuesta al tratamiento quirúrgico (19 ítems: 4 ítems de bienestar emocional, 5 ítems de bienestar físico, 3 de bienestar emocional y 7 de respuesta al tratamiento), y 3) expectativas de información vinculada al tratamiento (16 ítems). Además, perfil personal y sociodemográfico (Anexo A). La mayoría de los ítems fueron ubicados en escalas reconocidas; otros fueron por elaboración propia (Anexo B). Todos los ítems fueron sometidos a validez de contenido y se puso atención especial en evitar ambigüedad y vocabulario técnico. Además, aquellos no disponibles en español, fueron sometidos a traducción y retraducción. Las opciones de respuesta estuvieron en escala de Likert, las cuales fueron promediadas con base en el número de ítems de la subescala. El resultado de la escala de calidad de vida fue transformado a escala de 0 a 100. El tiempo ventana para las preguntas de calidad de vida fue los últimos 7 días en la primera medición; y el último mes, en la segunda medición. En las expectativas de información, la semana previa a la cirugía o, los primeros días postoperatorios antes del egreso. Se realizó preprueba y prueba piloto para verificar su claridad y facilidad de comprensión; y se estimó el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna.

4.8. Procedimientos

La información fue colectada mediante entrevista cara a cara. La medición basal se realizó en la primera visita posterior al egreso hospitalario, lo cual en promedio fue de 9.0 ± 3.1 (mediana 8). La segunda medición se realizó vía telefónica, un mes posterior a la fecha del tratamiento quirúrgico. Al término de la encuesta, se consultó en el expediente clínico datos inherentes al tipo de cirugía y etapa del cáncer. El flujograma de procedimientos se presenta en la Figura 4.

Figura 4. Flujograma de procedimientos



4.9 Plan de análisis

Se utilizó estadística descriptiva, medias y desviaciones estándar para las variables continuas; y distribución de frecuencias para las variables categóricas. Se estimó la prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas. Se analizó la Ha1 mediante la prueba de diferencia de proporciones. Se comparó la media de calidad de vida a corto y mediano plazo con la prueba no paramétrica pareada de Wilcoxon; y la frecuencia de buena/muy buena calidad de vida, con la prueba de diferencia de proporciones. Las medias de calidad de vida según cumplimiento de expectativa fueron contrastadas con ANOVA no paramétrica; y pruebas *poshoc*. Se estimó la intensidad de la asociación (razón de momios [RM] e intervalos de confianza [IC] de 95%) con regresión logística multivariada ordinal utilizando calidad de vida como variable dependiente (muy mala/ mala, regular, buena/muy buena), cumplimiento de expectativa como la variable independiente (no formada, subestimada, cumplida, sobrestimada); y escolaridad, antecedente cercano con cáncer de mama, apoyo emocional/ psicológico, tipo de cirugía, tiempo con el diagnóstico y edad, como variables de control.

4.10 Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó conforme a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, específicamente en los siguientes apartados: respecto al Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad, los derechos y el bienestar de la persona, la participación fue voluntaria, en un momento oportuno. El estudio se consideró con ausencia de daño ya que no se realizaron

procedimientos específicos. La selección de los sujetos de estudio fue imparcial, es decir, sin sesgo social, racial, sexual y/o cultural. En relación con el Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII el estudio fue realizado por profesionales de la salud con conocimientos y experiencia para cuidar la integridad de los participantes en el estudio, se contó con el consentimiento informado de los pacientes a quienes se les proporcionó una explicación clara de la forma en que se realizaría la investigación (Anexo C). Conforme al Artículo 21, fracciones 1, VI, VII y VIII, cada uno de los participantes conoció el objetivo de la investigación, se aclararon las dudas generadas respecto al procedimiento como fue la aplicación del instrumento, se informó que el estudio no implicaba daño alguno y que tenía la libertad de suspender el llenado de la encuesta si así lo consideraba mediante la aclaración de que no se ocasionaría perjuicio en caso de que no decidiera participar, se garantizaba la privacidad, dado que en ningún momento los participantes serían identificados por su nombre ^{62,63}. El protocolo de investigación fue sometido y aprobado por Comités de Investigación, Ética y Bioseguridad.

4.11 Bioseguridad

No hubo uso de dispositivos generadores de radiación ionizante y electromagnética, isótopos radiactivos, microorganismos patógenos o material biológico que pudiera representar un riesgo para la salud.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico y de antecedentes personales

La media de edad de 57.2 ± 11.2 años y de tiempo con el diagnóstico con cáncer de mama fue de 5.2 ± 3.9 meses. Predominó el estado civil con pareja, la ocupación económicamente no activa y la escolaridad preparatoria y superior. Todas las participantes residían en la zona metropolitana de Monterrey (Cuadro 3).

Cuadro 3. Perfil sociodemográfico y antecedentes personales (n = 100)

Característica	%
Estado civil, con pareja	70
Escolaridad	
Ninguna/primaria	31
Secundaria	31
Preparatoria y más	38
Ocupación, económicamente no activa	71
Municipio de residencia	
Monterrey	41
Guadalupe	20
San Nicolás/Escobedo	9
Santa Catarina	17
Otro	13
Antecedentes personales	
Diabetes	39.2
Quirúrgicos	69.1

5.2. Perfil oncológico

El 56% tenía antecedente cercano con cáncer de mama; 9% en la madre, 10% en la abuela, 20% en la hermana y 61%, en amistad; 1 paciente contaba con antecedente personal de cáncer de ovario. La etapa del cáncer de mama que predominó fue la IIA o B; y el tipo de cirugía, mastectomía radical (Cuadro 4).

Cuadro 4. Perfil oncológico (n = 100)

Característica	%
Etapa	
0	4.1
IA o B	28.9
IIA o B	47.4
III A o B	18.6
IV	1.0
Tipo de cirugía	
Conservadora con ganglio centinela/disección radical	31.6
Mastectomía simple con ganglio centinela	25.5
Mastectomía radical	42.9
Linfadenectomía	52.0
Tratamiento conjunto previo a la cirugía	
Quimioterapia de inducción	34.3
Hormonoterapia	10.0
Radioterapia	2.0
Tratamiento conjunto posterior a la cirugía	
Grupo autoayuda	7.2
Apoyo emocional / psicológico	5.2
Quimioterapia	2.1
Hormonoterapia	13.4

5.3 Cumplimiento de expectativas a los 8 días postratamiento quirúrgico

5.3.1. Nivel de cumplimiento de expectativas, según subescala

La mediana de expectativas que predominó fue -1, nivel subestimación. Es decir, se esperaba menos sintomatología física y emocional, pero lo experimentado fue superior a lo esperado (peor). También, se esperaba recibir menos información vinculada al tratamiento y menos apoyo social, pero lo observado fue superior a lo anticipado (mejor) (Cuadro 5).

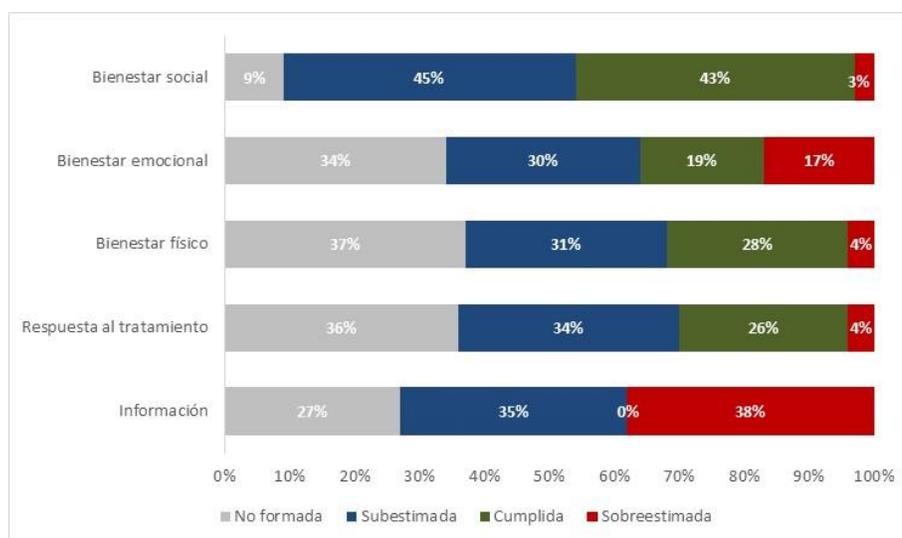
Cuadro 5. Confiabilidad y nivel de cumplimiento de expectativas, según subescala

Subescala	No. ítems	Puntaje posible	Puntaje observado	Alfa	Media ± DE	Mediana
Bienestar físico	5	-2 a 1	-2 a 1	0.74	-1.0 ± 0.9	-1
Respuesta al tratamiento	7	-2 a 1	-2 a 1	0.80	-1.0 ± 0.8	-1
Bienestar emocional	4	-2 a 1	-2 a 1	0.89	-0.7 ± 1.1	-1
Bienestar social	3	-2 a 1	-2 a 1	0.82	-0.6 ± 0.6	-1
Información vinculada al tratamiento	16	-2 a 1	-2 a 1	0.88	-0.7 ± 0.9	-1
Total	35	-2 a 1	-2 a 1	0.87	-0.8 ± 0.6	-1

5.3.2. Prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas, según subescala

Bienestar social fue el rubro que registró la frecuencia más alta de cumplimiento de expectativas (43%) y aquel de información vinculada al tratamiento, la más baja (0%). En el resto de las subescalas, la frecuencia se ubicó entre 19 y 28% (Figura 5).

Figura 5. Prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas, según subescala



Expectativa no formada= Sin anticipación del evento. **Expectativa subestimada** = Anticipaba menos información, menos apoyo social y menos sintomatología física/emocional. Sin embargo, tuvo más. **Expectativa sobrestimada** = Anticipaba más información, más apoyo social y más sintomatología física/emocional. Sin embargo, tuvo menos.

5.3.3. Prevalencia de expectativas no formadas, cumplidas, subestimadas y sobrestimadas, según ítem

El 49% no tenía una expectativa formada sobre la angustia que sentiría al mirar la cicatriz después de la cirugía, el 5% vio cumplida la expectativa y el 28%, la sobrestimó. Mientras que, el 18% (IC95% 10%, 26%) tuvo subestimación, lo cual estuvo dentro de la frecuencia esperada planteada en la H_{a1} entre 13 y 21% ($p > 0.05$). Hipersensibilidad en el área de la cirugía (subescala respuesta al tratamiento), infección de herida quirúrgica (subescala respuesta al tratamiento) y dificultad para caminar por sí sola (subescala bienestar físico), fueron las expectativas que con mayor frecuencia estuvieron no formadas. Mientras que la intensidad del dolor en el área quirúrgica (subescala respuesta al tratamiento), fue la expectativa más frecuentemente sobrestimada; y recibir apoyo emocional de la

familia (subescala bienestar social), aquella más frecuentemente cumplida o subestimada. En cuanto a ítems de información vinculada al tratamiento, recibir opciones de apoyo espiritual y emocional, fueron las expectativas que con mayor frecuencia estuvieron no formadas; y duración del tratamiento y posibilidades de curación, aquellas más frecuentemente sobreestimadas (Cuadro 6). En el Anexo D se muestra la prevalencia de cumplimiento de expectativas del listado completo de ítems.

Cuadro 6. Ítems con las prevalencias más altas de expectativas no formadas, sobrestimadas, cumplidas y subestimadas

Ítem	Nivel de cumplimiento			
	No formada	Sobreestimada (anticipaba más sintomatología o apoyo)	Cumplida	Subestimada (anticipaba menos sintomatología o apoyo)
Hipersensibilidad área cirugía	81%	14%	3%	2%
Intensidad dolor área cirugía	40%	47%	7%	6%
Infección herida quirúrgica	80%	19%	0%	1%
Dificultad para caminar	78%	15%	2%	5%
Apoyo emocional de la familia	6%	5%	42%	47%
	No formada	Sobreestimada (anticipaba recibir más información)	Cumplida	Subestimada (anticipaba recibir menos información)
Posibilidades de curación	26%	56%	15%	3%
Duración del tratamiento	28%	58%	13%	1%
Cuidado de la herida	11%	30%	59%	0%
Opciones apoyo emocional	83%	17%	0%	0%
Opciones apoyo espiritual	86%	14%	0%	0%

5.4 Calidad de vida postratamiento quirúrgico a los 8 (corto plazo) y 21 días (mediano plazo)

5.4.1. Nivel de calidad de vida, según subescala

La media de calidad de vida a corto plazo fue 65.6 ± 18.3 y a mediano plazo, 78.0 ± 16.2 ($p < 0.0001$). La estadística descriptiva del nivel de calidad de vida según subescala se presenta en el Cuadro 7. En todas las áreas hubo mejoría con excepción de bienestar social; el mayor incremento se registró en bienestar físico y respuesta a tratamiento (Figura 6).

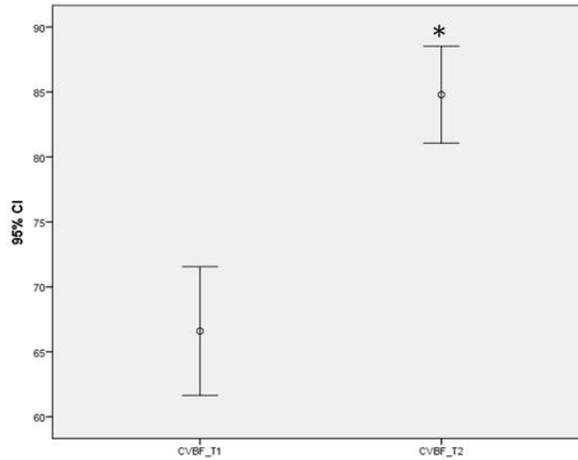
Cuadro 7. Confiabilidad y nivel de calidad de vida, según subescala

Subescala	No. ítems	Puntaje posible	Calidad de vida a corto plazo ^a			Calidad de vida a mediano plazo ^b		
			Puntaje observado	Alfa	Mediana	Puntaje observado	Alfa	Mediana
Bienestar físico	5	0 a 100	5 a 100	0.76	73	25 a 100	0.76	90
Bienestar emocional	4	0 a 100	0 a 100	0.89	59	0 a 100	0.92	75
Bienestar social	3	0 a 100	8 a 100	0.73	83	0 a 100	0.80	92
Respuesta al tratamiento	7	0 a 100	14 a 100	0.67	64	18 a 100	0.79	82
Total	19	0 a 100	25 a 100	0.85	68	34 a 100	0.86	80

^a Medición realizada a los 9.0 ± 3.1 días postratamiento quirúrgico; ^b Medición realizada a los 30.2 ± 1.9 días postratamiento quirúrgico

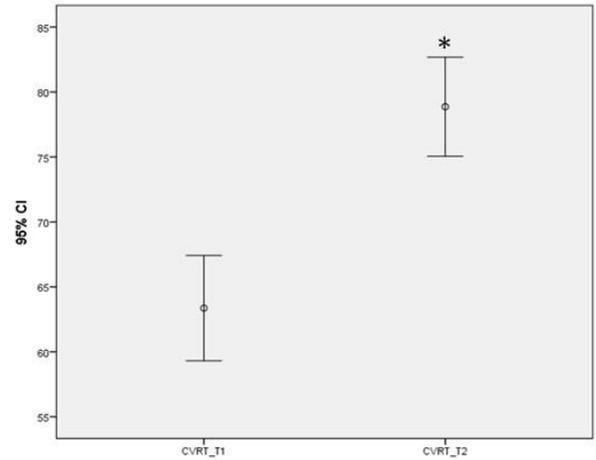
Figura. 6. Nivel de calidad de vida a corto y a mediano plazo postratamiento quirúrgico

a) Bienestar físico



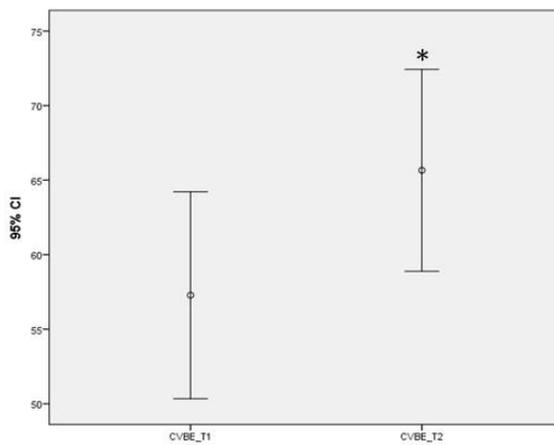
* Diferencia = +18.2, $p < 0.0001$

b) Respuesta al tratamiento



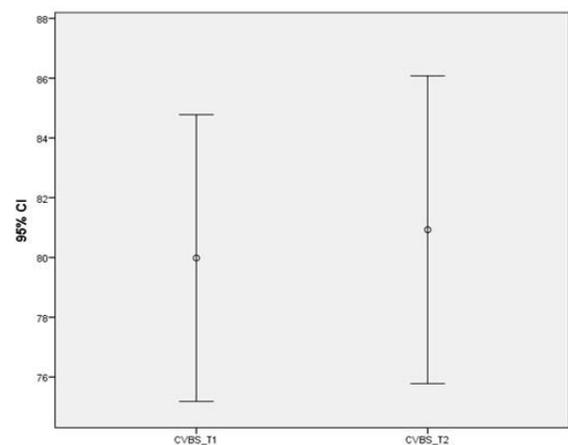
* Diferencia = +15.5, $p < 0.0001$

c) Bienestar emocional



* Diferencia = +8.4, $p < 0.0001$

d) Bienestar social

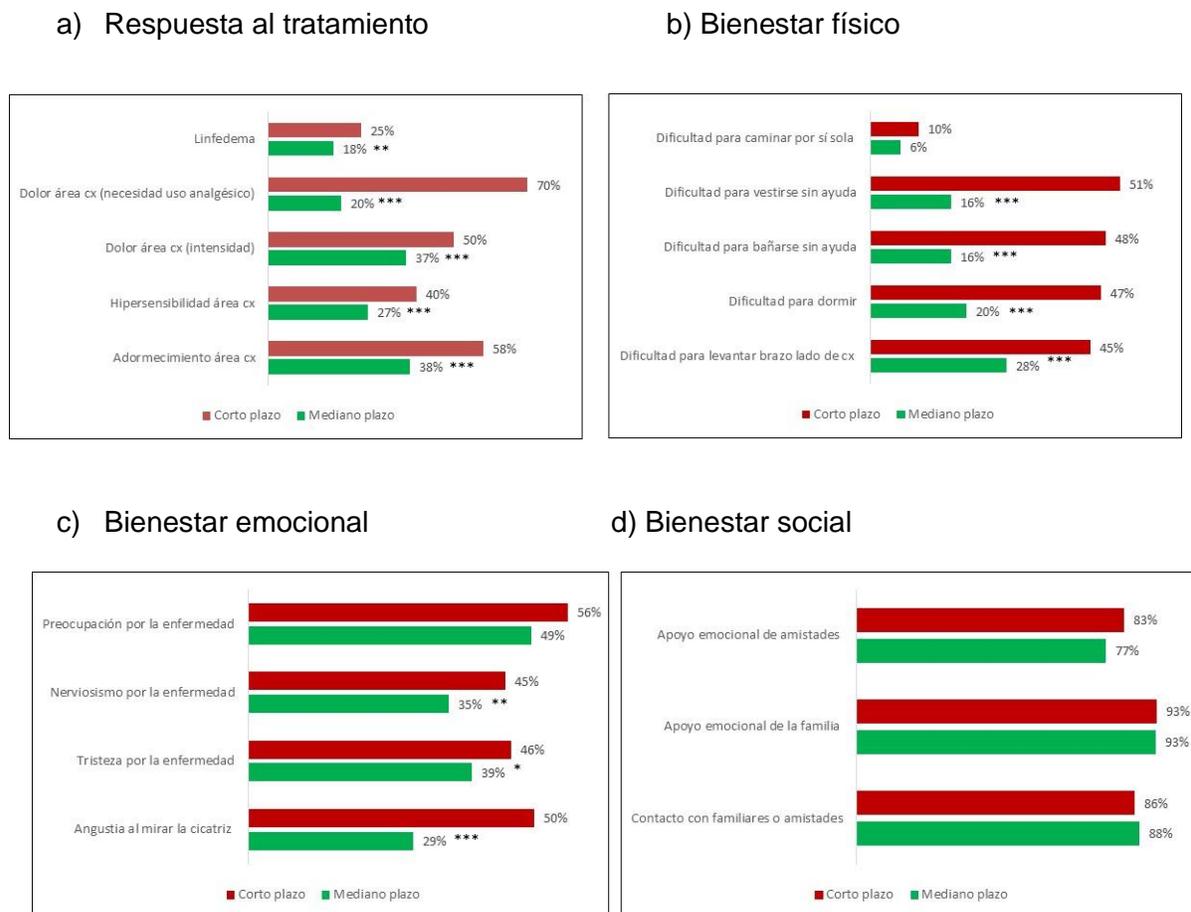


Diferencia = +0.9, $p = > 0.05$

5.4.2. Porcentaje de participantes con muy alta, alta y moderada afectación, según ítem de calidad de vida

En todos los ítems de respuesta al tratamiento y en la mayoría de los síntomas de bienestar físico y emocional se registró disminución significativa en la frecuencia de participantes con muy alta, alta y moderada afectación entre mediciones. No así, en los ítems de bienestar social, los cuales se mantuvieron altos; y sin cambio (Figura 7)

Figura 7. Porcentaje de participantes con muy alta, alta y moderada afectación de ítems de calidad de vida a corto y a mediano plazo postratamiento quirúrgico

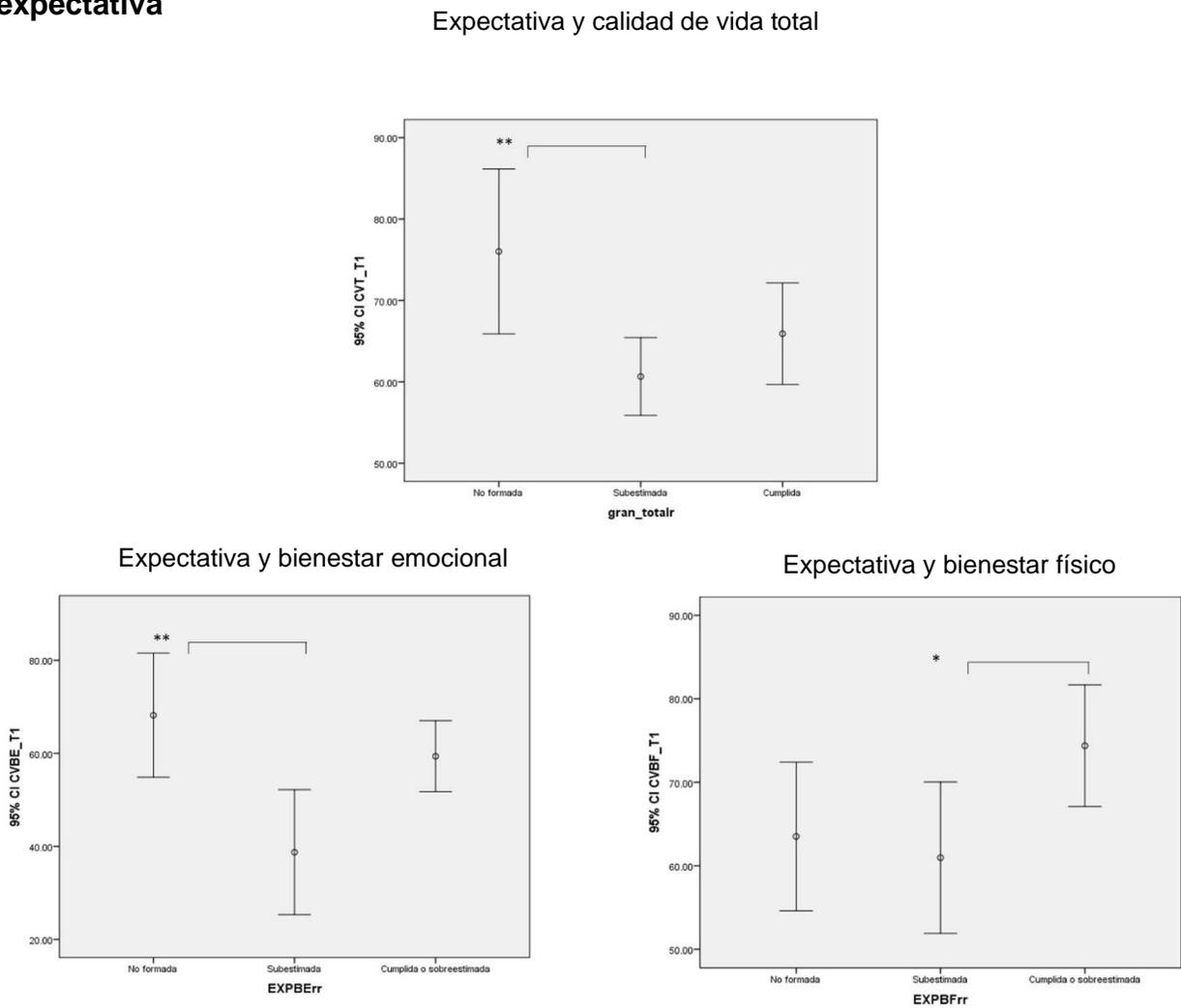


*p < 0.05. ** p < 0.01, *** p < 0.001

5.5. Cumplimiento de expectativas en calidad de vida

En la medición a corto plazo, la media de calidad de vida fue inferior cuando las expectativas totales y de bienestar emocional estaban subestimadas en comparación a las no formadas. En el rubro de bienestar físico, la diferencia se registró cuando las expectativas estaban cumplidas o sobreestimadas (Figura 8).

Figura 8. Nivel de calidad de vida a corto plazo según cumplimiento de expectativa



*p < 0.05. **p ≤ 0.01

A corto plazo, la subestimación de expectativas totales y de bienestar emocional, disminuyó las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida total y emocional, respectivamente; en comparación a expectativas no formadas, independiente de confusores potenciales. Mientras que la subestimación de bienestar físico disminuyó las posibilidades en comparación a expectativas cumplidas/sobreestimadas (Cuadro 8). El cumplimiento de expectativas de respuesta al tratamiento y bienestar social no se asoció a la buena/muy buena calidad de vida del rubro correspondiente ($p > 0.05$).

Cuadro 8. Asociación entre expectativas y calidad de vida a corto plazo

	Calidad de vida a corto plazo			RM ajustada ^a (IC95%)
	Mala y muy mala	Regular	Buena y muy buena	
Calidad de vida total				
Expectativa total				
No formada	13.6%	6.7%	36.4%	Ref.
Subestimada	63.6%	60.0%	27.3%	0.21 (0.06, 0.7)**
Cumplida o sobreestimada	22.7%	33.3%	36.4%	0.64 (0.18, 2.3)
Bienestar emocional				
Expectativa bienestar emocional				
No formada	25.7%	13.0%	52.4%	Ref.
Subestimada	51.4%	17.4%	19.0%	0.14 (0.04, 0.47)***
Cumplida o sobreestimada	22.9%	69.6%	28.6%	0.59 (0.22, 1.61)
Bienestar físico				
Expectativa bienestar físico				
Cumplida o sobreestimada	11.1%	34.8%	42.0%	Ref.
No formada	48.1%	26.1%	36.0%	0.24 (0.08, 0.76)*
Subestimada	40.7%	39.1%	22.0%	0.16 (0.05, 0.53)***

* $p < 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p < 0.001$. ^a Ajustada por escolaridad, antecedente cercano con cáncer de mama, apoyo emocional / psicológico, tipo de cirugía, tiempo con el diagnóstico y edad

A mediano plazo, la subestimación de bienestar emocional disminuyó las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida emocional en comparación a

las no formadas, independiente de confusores potenciales (Cuadro 9). El cumplimiento de expectativas totales, de respuesta al tratamiento y bienestar físico o social, no se asoció a buena/muy buena calidad de vida del rubro correspondiente ($p > 0.05$).

Cuadro 9. Asociación entre cumplimiento de expectativas y calidad de vida a mediano plazo

	Calidad de vida emocional a mediano plazo			RM ajustada ^a (IC95%)
	Mala y muy mala	Regular	Buena y muy buena	
Expectativa bienestar emocional				
No formada	22.2%	35.7%	39.3%	Ref.
Subestimada	63.0%	21.4%	14.3%	0.20 (0.06, 0.66)**
Cumplida o sobreestimada	14.8%	42.9%	46.4%	2.32 (0.73, 7.38)

* $p < 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p < 0.001$. ^a Ajustada por escolaridad, antecedente cercano con cáncer de mama, apoyo emocional / psicológico, tipo de cirugía, tiempo con el diagnóstico y edad

La categorización de expectativas en cumplidas y no cumplidas (no formadas, sub o sobrestimadas), mostró que el cumplimiento de expectativas de bienestar físico se asoció con calidad de vida buena/muy buena del rubro bienestar físico, a los 8 días del tratamiento quirúrgico ($RM_{ajustada} = 4.0$, IC95% 1.4, 11.3). La intensidad de la asociación fue superior a lo planteado en la Ha2 “El cumplimiento de expectativas de bienestar físico incrementa al doble las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida dimensión física postratamiento quirúrgico”. A los 30 días, el cumplimiento de expectativas de bienestar físico no se asoció con calidad de vida buena/muy buena del rubro bienestar físico ($RM_{ajustada} = 0.97$, IC95% 0.27, 3.5).

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

El presente estudio se centró en expectativas y calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico por cáncer de mama.

6.1 Cumplimiento de expectativas a los 8 días (corto plazo)

A los 8 días del tratamiento quirúrgico, los rubros más afectados fueron el bienestar físico y de respuesta al tratamiento. Alrededor del 70% no tenía expectativa formada o subestimó la dificultad para dormir, bañarse, vestirse o caminar sin ayuda. O bien, no tenía expectativa formada o subestimó tener linfedema, adormecimiento, hipersensibilidad, dolor o infección en el área quirúrgica. Desconocer esta información hace que las pacientes sientan temor por las complicaciones asociadas a la cirugía y se piense en la posibilidad de muerte⁶⁴. El no esperar o esperar que la sintomatología sea menor puede deberse a falso optimismo, negación de las implicaciones inherentes al tratamiento quirúrgico y por fallas en la comunicación de parte del servicio médico. Las consecuencias pueden ser de diversa índole, por ejemplo, se puede pensar en que la enfermedad de base es más grave de lo que se creía. O, se puede culpabilizar al médico tratante. Se deben corregir las expectativas sobre efectos adversos comunes postcirugía, no solo para evitar conclusiones erróneas, sino también para reducirlos o mejor aún, prevenirlos. El tercer rubro más afectado fue el emocional, más del 60% no tenía expectativa formada o subestimó sentirse preocupada, triste o nerviosa después de la cirugía. El 18% sintió más angustia de la que esperaba al mirar la cicatriz después de la cirugía, lo cual estuvo acorde

con lo reportado en la literatura de 13-21%¹⁵⁻¹⁷. El bienestar emocional está vinculado a una mejor respuesta del cuerpo al estrés, lo que puede contribuir a una recuperación más eficaz, por lo que es importante anticipar y ofrecer alternativas que aminoren el impacto del tratamiento quirúrgico en la salud mental. Por otra parte, el bienestar social fue el rubro con mejor resultado, el 88% de las participantes vio cumplida su expectativa o tuvo más contacto/recibió más apoyo de lo que esperaba. La red social ayuda a las pacientes a desarrollar una mayor resiliencia. Sentirse acompañada y comprendida es vital para superar momentos difíciles y mantener una perspectiva positiva. Además, las pacientes con fuerte apoyo social tienden a seguir mejor las recomendaciones médicas, ya que reciben ánimo y recordatorios constantes para cumplir con el tratamiento y las citas médicas.

En cuanto a expectativas de información vinculada al tratamiento, este fue el único rubro con 0 correspondencia entre lo esperado y lo recibido; se subestimó, sobreestimó o bien, no se tenía expectativa formada. Los cuidados entorno a la herida al egreso fue el área que mayormente superó expectativas, es decir, el personal de salud no solo cumplió, sino que ofreció más información de la que se esperaba. En el lado opuesto, estuvieron las posibilidades de curación y duración del tratamiento, temas en las que la información brindada fue menor a la esperada. Este resultado está acorde con lo reportado en la literatura como lo identificó estudio cualitativo mexicano previo, el cual mostró que las pacientes con cáncer de mama señalaban ausencia de información sobre la duración de la recuperación. Así también, sobre el tipo de procedimiento, técnicas de

rehabilitación y manejo del dolor⁶⁴. Faller y col.⁶⁵ documentaron que 46.2% de pacientes con cáncer de mama anticipaban recibir más información sobre la posibilidad de curación, 41.1% sobre el pronóstico y 42.4%, sobre efectos adversos. Se requiere reconocer la sintomatología física esperada para identificar el momento de reiniciar actividades de la vida diaria. En este estudio, cerca del 60% no tenía expectativa formada sobre recibir información en torno a movilidad afectada del hombro/ brazo, ejercicios especiales para el brazo, adormecimiento/ hipersensibilidad, o linfedema. Estudio japonés identificó que las pacientes con extirpación de ganglios linfáticos percibían que las instrucciones sobre ejercicios habían sido insuficientes, ya que tenían dificultades para hacer ejercicios de brazo⁶⁶. También, la adecuada comunicación es clave para minimizar el impacto emocional en el paciente³⁸ y la comunicación médico-paciente debe incluir emociones³⁹. En la presente investigación, más del 80% no esperaba recibir información sobre apoyo espiritual y emocional, es decir, no tenía una expectativa formada. Esto puede deberse a desconocimiento sobre existencia de este recurso, o bien, a no anticipar afectación emocional que requiera apoyo psicológico. Faller y col.⁶⁵ documentaron que 35.7% esperaba recibir más información sobre opciones de apoyo psicológico; y la paciente que no cumplía su expectativa presentaba más ansiedad. La comunicación adecuada disminuye el impacto emocional³⁸. Además, una mayor satisfacción con la información proporcionada por los médicos se asocia con menor necesidad psicológica, física y, de apoyo⁶⁷.

6.2. Calidad de vida, a los 8 (corto plazo) y 21 días (mediano plazo)

La media de calidad de vida pasó de estar en 65.6 ± 18.3 a 78.0 ± 16.2 . En Vietnam, también se incrementó la puntuación media de calidad de vida entre 1 y 3 semanas después de la mastectomía³⁴. En este estudio, el mayor incremento ocurrió en el rubro de bienestar físico, llegando a ser de 84.8 ± 18.5 al mes. El bienestar físico y la respuesta a tratamiento registraron el mayor incremento, quizás porque el retiro del drenaje favorecía la recuperación de movilidad. En otros países, también se ha observado el mayor puntaje en esta dimensión; 81.7 ± 1.2 la semana posterior a mastectomía en Taiwán⁵⁰; y mediana de 73.3, al mes de la mastectomía en Croacia⁴⁹. El bienestar emocional fue el aspecto más afectado de calidad de vida en ambas mediciones, a los 8 días se obtuvo una media de 56.2 ± 34.5 y a los 30 días, 65.7 ± 33.6 ; a pesar de que hubo una mejora significativa, siguió siendo la subescala con el puntaje más bajo. En Taiwán, la media de calidad de vida en bienestar emocional resultó en 73.2 ± 1.9 dentro de la primera semana posterior a mastectomía, por debajo del bienestar físico⁵⁰. En Croacia, la mediana fue de 37.5 con el puntaje más bajo al mes de la mastectomía⁴⁹. Otros estudios reportan resultados similares^{65,68}. La percepción de la enfermedad en la etapa postquirúrgica se ve influida ampliamente por la pérdida de la mama, parte importante en el rol sexual y de intimidad⁶⁹. El período postquirúrgico es una etapa crucial para identificar activamente la necesidad de atención psicológica. Las intervenciones psicosociales mejoran significativamente el bienestar, incluso desde la primer semana después de la cirugía^{34,70}. Es preciso intensificar los esfuerzos para ofrecer un tratamiento holístico planificado con

importancia equiparable a la propia intervención quirúrgica. Por último, el único rubro de calidad de vida que no tuvo mejoría fue el de bienestar social, pero el puntaje fue alto desde el inicio, alrededor de los 80 puntos. Esto resalta la importancia de una buena red social que influye en la recuperación y, en la percepción de calidad de vida. El resultado fue contrario a lo reportado en otros estudios pues en Vietnam, la dimensión con el puntaje más bajo a la semana fue la social, seguida por bienestar físico e imagen corporal³⁴. En Taiwán, también la media de calidad de vida de funcionamiento social fue la más baja dentro de la primera semana posterior a mastectomía, seguida por bienestar emocional y bienestar físico⁵⁰. Es necesario que el personal de salud involucre activamente a los familiares en el manejo de la patología y la recuperación postquirúrgica.

6.3 Cumplimiento de expectativas y calidad de vida postratamiento quirúrgico

La subestimación de expectativas totales disminuyó las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida en comparación a quienes no tenían una expectativa formada, pero esto ocurrió solo a corto plazo. Estudio de revisión sistemática con estudios prospectivos reveló una correlación positiva entre expectativas prequirúrgicas y calidad de vida posquirúrgica ($r = 0.37$; rango de seguimiento, 1 semana a 13 años), lo cual subraya la necesidad de mejorar las expectativas, para también mejorar la calidad de vida posoperatoria⁶⁰. En la esfera de bienestar emocional se observó algo similar. La subestimación de expectativas disminuyó las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida emocional en comparación a quienes no tenían una expectativa formada, tanto a

corto como mediano plazo. No se debe asumir que las pacientes podrán predecir de manera adecuada el impacto emocional, pue la evidencia indica que las predicciones suelen ser incorrectas⁷¹. Es crucial que la paciente tenga claridad en el impacto que la cirugía tendrá en su bienestar emocional. Esto le permitirá anticipar y mitigar los efectos de la cirugía en su vida diaria. Esta subescala cobra especial relevancia debido a que fue en la que se observaron los puntajes más bajos. Por lo cual, brindar información que permita formar expectativas claras y realistas puede incrementar significativamente la calidad de vida y, reducir el efecto en la calidad de vida emocional.

Las expectativas del bienestar físico en la calidad de vida dimensión física tuvieron un comportamiento distinto al observado en lo emocional y puntaje global. El cumplimiento de expectativas de bienestar físico incrementó 4 veces las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida a corto plazo postratamiento quirúrgico. Y la subestimación de expectativas disminuyó las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida en comparación a quienes no tenían expectativa formada, o bien, la tenían sobreestimada; y solo a corto plazo. Las expectativas pueden influir en resultados posquirúrgicos en términos de dolor^{57,58}, estado funcional⁵⁷ y regreso al trabajo⁵⁹. Queda de manifiesto que cumplir las expectativas sobre el nivel de bienestar físico que se tendrá después de la cirugía contribuye a una mejor calidad de vida.

Limitaciones del estudio. El trabajo se realizó en institución de seguridad social pública y los resultados no se pueden generalizar a población abierta sin seguro médico y a pacientes atendidas en instituciones de salud privadas ya que podrían

diferir en función de nivel socioeconómico y cultural. Sería importante que futuras investigaciones consideraran este tipo de instituciones. El número de pacientes en etapa 0 y IV; y con hormonoterapia y radioterapia, fue pequeño y fue posible establecer comparaciones. Para ello, sería necesario estudio multicéntrico para facilitar la captación de población de estudio con tales características.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

7.1 Cumplimiento de expectativas a los 8 días (corto plazo)

1. El nivel de expectativas que predominó fue la subestimación. Se esperaba menos sintomatología física y emocional, pero lo experimentado fue superior a lo esperado (peor). También, se esperaba recibir menos información vinculada al tratamiento y menos apoyo social, pero lo observado fue superior a lo anticipado (mejor).
2. Los rubros más afectados fueron el bienestar físico y de respuesta al tratamiento. Alrededor del 70% no tenía expectativa formada o subestimó la dificultad para dormir, bañarse, vestirse o caminar sin ayuda. O bien, no tenía expectativa formada o subestimó tener linfedema, adormecimiento, hipersensibilidad, dolor o infección en el área quirúrgica. Mientras que el bienestar social fue el rubro con mejor resultado, el 88% de las participantes vio cumplida su expectativa o tuvo más contacto/recibió más apoyo de lo que esperaba.

7.2 Calidad de vida, a los 8 (corto plazo) y 21 días (mediano plazo)

1. En todas las áreas hubo mejoría con excepción de bienestar social; el mayor incremento se registró en bienestar físico y respuesta a tratamiento.
2. El bienestar emocional fue el rubro más afectado en ambas mediciones; a pesar de que hubo una mejora significativa, siguió siendo la subescala con el puntaje más bajo.

7.3 Cumplimiento de expectativas y calidad de vida

1. A corto plazo, la subestimación de expectativas totales, de bienestar emocional y bienestar físico, disminuyó las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida total, emocional y física, respectivamente. Y el cumplimiento de expectativas de bienestar físico incrementó 4 veces las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida rubro bienestar físico, independiente de confusores potenciales.
2. A largo plazo, la subestimación de expectativas de bienestar emocional disminuyó las posibilidades de buena/muy buena calidad de vida emocional, independiente de confusores potenciales.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

1. International Agency for Research in Cancer and World Health Organization. Cancer today. Published 2020. Accessed May 11, 2023.
<https://gco.iarc.fr/today/home>
2. Kummerow KL, Du L, Penson DF, Shyr Y, Hooks MA. Nationwide Trends in Mastectomy for Early-Stage Breast Cancer. *JAMA Surg.* 2015;150(1):9.
doi:10.1001/jamasurg.2014.2895
3. American Society of Clinical Oncology. Cancer Net. Breast Cancer Guide. Published 2023. Accessed May 11, 2023. <https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/introduction>
4. Breast Cancer Now. Published 2023. Accessed May 11, 2023.
<https://breastcancer.org/information-support/facing-breast-cancer/living-beyond-breast-cancer/after-breast-cancer-surgery>
5. Breastcancer.org. Mastectomy: What to Expect. Published 2023. Accessed May 11, 2023.
<https://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what-to-expect>
6. Laferton JAC, Kube T, Salzmann S, Auer CJ, Shedden-Mora MC. Patients' Expectations Regarding Medical Treatment: A Critical Review of Concepts and Their Assessment. *Front Psychol.* 2017;8.
doi:10.3389/fpsyg.2017.00233
7. Thompson AGH, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *Int J Qual Heal Care.* 1995;7(2):127-141. doi:10.1093/intqhc/7.2.127

8. Bowling A, Rowe G, Lambert N, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2012;16(30). doi:10.3310/hta16300
9. Dohnhammar U, Reeve J, Walley T. Patients' expectations of medicines - a review and qualitative synthesis. *Heal Expect*. 2016;19(2):179-193. doi:10.1111/hex.12345
10. Pound P, Britten N, Morgan M, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med*. 2005;61(1):133-155. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.063
11. Kravitz RL. Measuring Patients' Expectations and Requests. *Ann Intern Med*. 2001;134(9_Part_2):881. doi:10.7326/0003-4819-134-9_Part_2-200105011-00012
12. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*. 1999;14(1):1-24. doi:10.1080/08870449908407311
13. Kumar RN, Kirking DM, Hass SL, et al. The association of consumer expectations, experiences and satisfaction with newly prescribed medications. *Qual Life Res*. 2007;16(7):1127-1136. doi:10.1007/s11136-007-9222-4
14. Lee CN, Pignone MP, Deal AM, et al. Accuracy of Predictions of Patients With Breast Cancer of Future Well-being After Immediate Breast Reconstruction. *JAMA Surg*. 2018;153(4):e176112.

doi:10.1001/jamasurg.2017.6112

15. Shakespeare V, Hobby JH. Choices and information offered to patients undergoing immediate post-mastectomy breast reconstruction: a survey of patient opinion and self-assessed outcome. *The Breast*. 2001;10(6):508-514. doi:10.1054/brst.2001.0309
16. Eichler C, Kolsch M, Sauerwald A, Bach A, Gluz O, Warm M. Lumpectomy versus mastopexy--a post-surgery patient survey. *Anticancer Res*. 2013;33(2):731-736. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23393375>
17. Paraskeva N, Herring B, Tollow P, Harcourt D. First look: A mixed-methods study exploring women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2019;72(4):539-547. doi:10.1016/j.bjps.2019.01.012
18. Waljee JF, Ubel PA, Atisha DM, Hu ES, Alderman AK. The Choice for Breast Cancer Surgery: Can Women Accurately Predict Postoperative Quality of Life and Disease-Related Stigma? *Ann Surg Oncol*. 2011;18(9):2477-2482. doi:10.1245/s10434-011-1582-x
19. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil*. 2010;138(3). doi:10.4067/S0034-98872010000300017
20. World Health Organization (WHO). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Accessed May 11, 2023. <https://www.who.int/tools/whoqol>
21. Pusic AL, Cemal Y, Albornoz C, et al. Quality of life among breast cancer patients with lymphedema: a systematic review of patient-reported outcome instruments and outcomes. *J Cancer Surviv*. 2013;7(1):83-92.

doi:10.1007/s11764-012-0247-5

22. Zehra S, Doyle F, Barry M, Walsh S, Kell MR. Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*. 2020;27(4):534-566. doi:10.1007/s12282-020-01076-1
23. Hidding JT, Beurskens CHG, van der Wees PJ, van Laarhoven HWM, Nijhuis-van der Sanden MWG. Treatment Related Impairments in Arm and Shoulder in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. Macleod U, ed. *PLoS One*. 2014;9(5):e96748. doi:10.1371/journal.pone.0096748
24. Mirandola D, Miccinesi G, Muraca MG, et al. Longitudinal assessment of the impact of adapted physical activity on upper limb disability and quality of life in breast cancer survivors from an Italian cohort. *Support Care Cancer*. 2018;26(2):329-332. doi:10.1007/s00520-017-3930-2
25. Janz NK, Mujahid M, Chung LK, et al. Symptom Experience and Quality of Life of Women Following Breast Cancer Treatment. *J Women's Heal*. 2007;16(9):1348-1361. doi:10.1089/jwh.2006.0255
26. Dodd MJ, Cho MH, Cooper BA, Miaskowski C. The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(2):101-110. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.005
27. Brown BC, McKenna SP, Siddhi K, McGrouther DA, Bayat A. The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2008;61(9):1049-1058. doi:10.1016/j.bjps.2008.03.020
28. Kim MS, Rodney WN, Reece GP, Beahm EK, Crosby MA, Markey MK.

- Quantifying the aesthetic outcomes of breast cancer treatment: assessment of surgical scars from clinical photographs. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(6):1075-1082. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01476.x
29. Smit A, Coetzee BJ, Roomaney R, Bradshaw M, Swartz L. Women's stories of living with breast cancer: A systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *Soc Sci Med*. 2019;222:231-245. doi:10.1016/j.socscimed.2019.01.020
 30. World Health Organization. *WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment.*; 1996.
 31. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide. Published 2019. Accessed May 11, 2023. <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
 32. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 1993;85(5):365-376. doi:10.1093/jnci/85.5.365
 33. Cerezo O, Oñate-Ocaña LF, Arrieta-Joffe P, et al. Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(5):684-691. doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01336.x
 34. Ha XTN, Thanasilp S, Thato R. The Effect of Uncertainty Management Program on Quality of Life Among Vietnamese Women at 3 Weeks Postmastectomy. *Cancer Nurs*. 2019;42(4):261-270. doi:10.1097/NCC.0000000000000597

35. Ng ET, Ang RZ, Tran BX, et al. Comparing Quality of Life in Breast Cancer Patients Who Underwent Mastectomy Versus Breast-Conserving Surgery: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):4970. doi:10.3390/ijerph16244970
36. Richardson LC, Wang W, Hartzema AG, Wagner S. The Role of Health-Related Quality of Life in Early Discontinuation of Chemotherapy for Breast Cancer. *Breast J*. 2007;13(6):581-587. doi:10.1111/j.1524-4741.2007.00512.x
37. Maharjan M, Thapa N, Adhikari RD, Petrini MA, Amatya KS. Quality of Life of Nepalese Women Post Mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(4):1005-1012. doi:10.22034/APJCP.2018.19.4.1005
38. Longo V, Abruzzese F, Misericocchi V, et al. Breast Cancer and Communication: Monocentric Experience of a Self-Assessment Questionnaire. *J Public Health Res*. 2022;11(2):jphr.2022.2831. doi:10.4081/jphr.2022.2831
39. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician–patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1046. doi:10.1186/s12913-020-05912-0
40. Matthews H, Carroll N, Renshaw D, et al. Predictors of satisfaction and quality of life following post-mastectomy breast reconstruction. *Psychooncology*. 2017;26(11):1860-1865. doi:10.1002/pon.4397
41. Waller A, Forshaw K, Bryant J, Carey M, Boyes A, Sanson-Fisher R. Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic

- review of volume and quality of research output over time. *Patient Educ Couns.* 2015;98(12):1540-1549. doi:10.1016/j.pec.2015.05.008
42. Katz SJ, Hawley ST. From Policy To Patients And Back: Surgical Treatment Decision Making For Patients With Breast Cancer. *Health Aff.* 2007;26(3):761-769. doi:10.1377/hlthaff.26.3.761
43. Lee CN, Chang Y, Adimorah N, et al. Decision Making about Surgery for Early-Stage Breast Cancer. *J Am Coll Surg.* 2012;214(1):1-10. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.09.017
44. Dyer N, Sorra JS, Smith SA, Cleary PD, Hays RD. Psychometric Properties of the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) Clinician and Group Adult Visit Survey. *Med Care.* 2012;50:S28-S34. doi:10.1097/MLR.0b013e31826cbc0d
45. Mitchell S, Gass J, Hanna M. How Well Informed Do Patients Feel about Their Breast Cancer Surgery Options? Findings from a Nationwide Survey of Women after Lumpectomy and/or Mastectomy. *J Am Coll Surg.* 2018;226(2):134-146e3. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.022
46. Hamelinck VC, Bastiaannet E, Pieterse AH, et al. Patients' preferences for surgical and adjuvant systemic treatment in early breast cancer: A systematic review. *Cancer Treat Rev.* 2014;40(8):1005-1018. doi:10.1016/j.ctrv.2014.06.007
47. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors. *Cancer Nurs.* 2016;39(1):E39-E58. doi:10.1097/NCC.0000000000000251
48. Javan Biparva A, Raoofi S, Rafiei S, et al. Global quality of life in breast

cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*.

Published online June 16, 2022:bmjpspcare-2022-003642.

doi:10.1136/bmjpspcare-2022-003642

49. Pačarić S, Kristek J, Mirat J, et al. The quality of life of Croatian women after mastectomy: a cross-sectional single-center study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):999. doi:10.1186/s12889-018-5929-0
50. Hsiao F-H, Kuo W-H, Jow G-M, et al. The changes of quality of life and their correlations with psychosocial factors following surgery among women with breast cancer from the post-surgery to post-treatment survivorship. *The Breast*. 2019;44:59-65. doi:10.1016/j.breast.2018.12.011
51. Royo Aznar A. Calidad de vida en pacientes intervenidas con cáncer de mama. Published 2011.
https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf
52. Enríquez Reyna MC, Vargas Flores M de los Á. Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México. *Hisp Heal Care Int*. 2018;16(2):70-75.
doi:10.1177/1540415318786675
53. Cortés-Flores AO, Morgan-Villela G, del Valle CJZ-F, et al. Quality of Life Among Women Treated for Breast Cancer: A Survey of Three Procedures in Mexico. *Aesthetic Plast Surg*. 2014;38(5):887-895. doi:10.1007/s00266-014-0384-5
54. Alvarez-Pardo S, Romero-Pérez EM, Camberos-Castañeda N, et al. Quality of Life in Breast Cancer Survivors in Relation to Age, Type of Surgery and Length of Time since First Treatment. *Int J Environ Res Public Health*.

2022;19(23):16229. doi:10.3390/ijerph192316229

55. Erturhan Turk K, Yilmaz M. The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *Eur J Breast Heal*. Published online September 27, 2018:205-210. doi:10.5152/ejbh.2018.3875
56. Graves KD, Jensen RE, Cañar J, et al. Through the lens of culture: quality of life among Latina breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. 2012;136(2):603-613. doi:10.1007/s10549-012-2291-2
57. Sullivan M, Tanzer M, Reardon G, Amirault D, Dunbar M, Stanish W. The role of presurgical expectancies in predicting pain and function one year following total knee arthroplasty. *Pain*. 2011;152(10):2287-2293. doi:10.1016/j.pain.2011.06.014
58. Bausell RB, Lao L, Bergman S, Lee W-L, Berman BM. Is Acupuncture Analgesia an Expectancy Effect? *Eval Health Prof*. 2005;28(1):9-26. doi:10.1177/0163278704273081
59. Tolver MA, Strandfelt P, Forsberg G, Hjørne FP, Rosenberg J, Bisgaard T. Determinants of a short convalescence after laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair. *Surgery*. 2012;151(4):556-563. doi:10.1016/j.surg.2011.08.020
60. Auer CJ, Glombiewski JA, Doering BK, et al. Patients' Expectations Predict Surgery Outcomes: A Meta-Analysis. *Int J Behav Med*. 2016;23(1):49-62. doi:10.1007/s12529-015-9500-4
61. Faul F. G*Power. Version 3.1.9.6. Universitat Kiel. Germany; 1992-2020.
62. Diario oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación para la salud. Published 1984. Accessed April 28,

2022. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
63. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Published 2013. Accessed April 26, 2022.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
64. Villarreal-Garza C, López-Martínez EA, Martínez-Cannon BA, et al. Medical and information needs among young women with breast cancer in Mexico. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(4). doi:10.1111/ecc.13040
65. Faller H, Brähler E, Härter M, et al. Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Educ Couns*. 2017;100(10):1934-1942. doi:10.1016/j.pec.2017.05.031
66. TSUCHIYA M, HORN SA. An exploration of unmet information needs among breast cancer patients in Japan: a qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2009;18(2):149-155. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00936.x
67. Brédart A, Kop J-L, Griesser A-C, et al. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol*. 2013;24(8):2151-2158.
doi:10.1093/annonc/mdt128
68. Saatci E, Akin S, Akpınar E. Do the unmet needs affect the quality of life in breast cancer patients? *West Indian Med J*. 2007;56(3). doi:10.1590/S0043-31442007000300013
69. Rojas K, Onstad M, Raker C, Clark M, Stuckey A, Gass J. The impact of

mastectomy type on the Female Sexual Function Index (FSFI), satisfaction with appearance, and the reconstructed breast's role in intimacy. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;163(2):273-279. doi:10.1007/s10549-017-4174-z

70. Mokhtari-Hessari P, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):338. doi:10.1186/s12955-020-01591-x
71. Bosch GJ van den, Roos RAN, Otten R, Bockting C, Smulders YM. Are patients accurate forecasters of their emotional response to medical conditions? A scoping review on affective forecasting. *BMJ Open.* 2021;11(12):e053370. doi:10.1136/bmjopen-2021-053370

2 ANEXOS

- A. CUESTIONARIO**
- B. LISTADO DE ÍTEMS ACORDE CON FUENTE DE ORIGEN**
- C. CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- D. PREVALENCIA DE CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS DEL LISTADO COMPLETO DE ÍTEMS**

ANEXO A



Universidad Autónoma de Nuevo León
 Facultad de Salud Pública y Nutrición
 Expectativas y calidad de vida post-mastectomía

Nombre _____
 Fecha de la encuesta _____ FOLIO _____
 Fecha probable de 2a medición _____
 UBICACIÓN 1= HU 2 = IMSS 3 = Otra _____

Fecha_cx	Cuándo la operaron?	Día _____ mes _____ año _____	
----------	---------------------	-------------------------------	--

Después de la cirugía, en esta última semana				ES	EX
1c-t1-RT	Qué tan adormecida sintió el área de la cirugía	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poco 2= Moderado 3= Mucho 4= Muchísimo 5 = No se percató, pasar a sig. preg.	1e	Qué tanto esperaba sentir adormecida el área de la cirugía 0= No esperaba sentir adormecimiento 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba	
2c-t1-RT	Qué tan hipersensible sintió el área de la cirugía (dolor o ardor al roce de la piel)	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poco 2= Moderado 3= Mucho 4= Muchísimo 5 = No se percató, pasar a sig. preg.	2e	Qué tanto esperaba sentir hipersensible el área de la cirugía 0= No esperaba sentir hipersensibilidad 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba	
3c-t1-RT	Qué tan frecuente tuvo dolor en el área de la cirugía	0 = Nunca, pasar a preg# 1= A veces 2= Seguido 3= Muy seguido 4 =Constante 5= Solo si se tocaba/al mover el brazo	3e	Con qué frecuencia esperaba tener dolor 0= No esperaba tener dolor 1= Sí, pero menos frecuente 2= Sí, y fue igual a lo esperado 3= Sí, pero fue más frecuente	
4c-t1-RT	Qué tan intenso era el dolor en el área de la cirugía (espontáneo o al tocarse)	0 = No tuvo dolor, pasar a sig. preg. 1= Poco intenso 2= Moderadamente intenso 3= Muy intenso 4= Demasiado intenso	4e	Con qué intensidad esperaba tener dolor en el área de la cirugía 0= No esperaba tener dolor 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba	
5c-t1-RT	Qué tanto necesitó estar con medicación para el dolor	0 = Nada, no tuvo dolor, pasar a sig. preg. 1= Poco, tomaba de vez en cuando 2= Algo, lo tomaba más o menos seguido 3= Mucho, lo tomaba casi todo el tiempo 4= Muchísimo, lo tomaba todo el tiempo	5e	Qué tanto esperaba necesitar de forma regular medicación para el dolor 0= No esperaba tener dolor 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba	
6c-t1-RT	Presentó infección en la herida de la cirugía (piel roja y caliente)	1 = Sí 2 = No, pasar a sig. preg. 3= No sabe, pasar a sig. preg. 4 = No se percató, pasar a sig. preg.	6e	Qué tanto esperaba tener infección en la herida de la cirugía 0= No esperaba tener infección 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue más fuerte de lo que esperaba	
7c-t1-RT	Qué tanta hinchazón notó en la mano del lado de la cirugía	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucha 4= Muchísima 5 = No se percató, pasar a sig. preg.	7e	Qué tanto esperaba tener hinchada la mano del lado de la cirugía 0= No esperaba tener hinchazón 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba	
8c-t1-RT	Qué tanta dificultad tuvo para levantar el brazo del lado de la cirugía	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucha 4= Muchísima, incapaz de levantar el brazo 5= No intentó levantarlo, pasar a sig. preg.	8e	Qué tanto esperaba tener dificultad para levantar el brazo del lado de la cirugía 0= No esperaba tener dificultad 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba	

Después de la cirugía, en esta última semana			ES	EX	
9c-t1-BE	Qué tanta angustia le provocó mirar la cicatriz de la cirugía	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucha 4= Muchísima 5 = No ha mirado la cicatriz, pasar a sig. preg.	9e	Qué tanto esperaba sentir angustia al mirar la cicatriz de la cirugía	0= No esperaba sentir angustia 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
10c-t1-BE	Qué tanto le preocupó su enfermedad (cáncer de mama)	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo	10e	Qué tanto esperaba estar preocupada por su enfermedad	0= No esperaba estar preocupada 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
11c-t1-BE	Qué tanto se sintió triste	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo	11e	Qué tanto esperaba sentirse triste	0= No esperaba sentirse triste 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
12c-t1-BE	Qué tanto se sintió nerviosa	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo	12e	Qué tanto esperaba sentirse nerviosa	0= No esperaba sentirse angustiada 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
13c-t1-BF	Qué tanta dificultad tuvo para dormir	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucha 4= Muchísima	13e	Qué tanto esperaba tener dificultad para dormir	0= No esperaba tener dificultad 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
14c-t1-BF	Qué tanta dificultad tuvo para bañarse sin ayuda	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucha 4= Muchísima, incapaz de bañarse sin ayuda	14e	Qué tanto esperaba tener dificultad para bañarse sin ayuda	0= No esperaba bañarse sin ayuda 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
15c-t1-BF	Qué tanta dificultad tuvo para vestirse sin ayuda	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucha 4= Muchísima, incapaz de vestirse sin ayuda	15e	Qué tanto esperaba tener dificultad para vestirse sin ayuda	0= No esperaba vestirse sin ayuda 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
16c-t1-BF	Qué tanta dificultad tuvo para caminar por sí sola	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucha 4= Muchísima, incapaz de caminar por sí sola	16e	Qué tanto esperaba tener dificultad para caminar por sí sola	0= No esperaba caminar por sí sola 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba

17c-t1-BS	Qué tanto contacto tuvo con familiares o amistades (visitas al hospital, llamada telefónica, mensajes de texto / whatsapp)	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo	17e	Qué tanto contacto esperaba tener con familiares o amistades	0= No esperaba tener contacto 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
18c-t1-BS	Qué tanto apoyo emocional sintió de parte de su familia	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo	18e	Qué tanto apoyo emocional esperaba sentir de la familia	0= No esperaba sentir apoyo 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba
19c-t1-BS	Qué tanto apoyo emocional sintió de parte de amistades	0 = Nada, pasar a sig. preg. 1= Poca 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo	19e	Qué tanto apoyo emocional esperaba sentir de los amigos	0= No esperaba sentir apoyo 1= Sí, pero fue menor a lo que esperaba 2= Sí, y fue similar a lo que esperaba 3= Sí, y fue mayor a lo que esperaba

Antes o en los primeros días después de la cirugía...				0 = No esperaba recibir información	1 = Recibió más información de la esperada	2 = Recibió la información esperada	3 = Recibió menos información de la esperada	
Le brindaron información sobre....								
20e-a	Opciones de tratamiento del cáncer de mama	2= No	1= Sí	¿Qué tanta información esperaba recibir?	0	1	2	3
21e-a	Opciones de reconstrucción del seno operado	2= No	1= Sí		0	1	2	3
22e-a	Cuánto tiempo duraría el tratamiento	2= No	1= Sí		0	1	2	3
23e-a	Posibilidades de curación después de recibir tratamiento	2= No	1= Sí		0	1	2	3
24e-b	La apariencia que tendría la cicatriz	2= No	1= Sí		0	1	2	3
25e-b	Hinchazón en el brazo o mano de lado de la cirugía	2= No	1= Sí		0	1	2	3
26e-a	Cuánto tardaría en regresar a actividades usuales de antes de la cirugía	2= No	1= Sí	0	1	2	3	
27e-b	Posibilidad de infección de la herida	2= No	1= Sí	¿Qué tanta información esperaba recibir?	0	1	2	3
28e-b	Frecuencia-intensidad del dolor en el área de la cirugía y hombro/brazo	2= No	1= Sí		0	1	2	3
29e-b	Adormecimiento o hipersensibilidad área de la cirugía	2= No	1= Sí		0	1	2	3
30e-b	Cuidado de la herida al salir del hospital	2= No	1= Sí		0	1	2	3
31e-b	Afectación de la movilidad del hombro/brazo	2= No	1= Sí		0	1	2	3
32e-a	Ejercicios especiales para el brazo	2= No	1= Sí		0	1	2	3
33e-a	Opciones de apoyo espiritual para Ud (hablar con un sacerdote)	2= No	1= Sí		0	1	2	3
34e-a	Opciones de apoyo emocional para Ud (ayuda psicológica)	2= No	1= Sí		0	1	2	3
35e-a	Opciones de apoyo emocional para su familia (ayuda psicológica)	2= No	1= Sí		0	1	2	3

ANTECEDENTES			
MADRE	¿Alguien en su familia ha padecido cáncer de mama?	Mamá	1=Sí 2=No 3=No sabe
ABUELA		Abuela	1=Sí 2=No 3=No sabe
HMANA		Hermana	1=Sí 2=No 3=No sabe 9=No tiene hermanas
HUA		Hija	1=Sí 2=No 3=No sabe 9=No tiene hijas
AMISTAD	¿Alguien cercano (no familiar) a Ud padece o ha padecido cáncer de mama?		1=Sí 2=No
TX_DX	Hace cuánto le hicieron el diagnóstico de cáncer de mama?	Mes	Año
ANTE_CA	Ha padecido algún otro tipo de cáncer	1=Sí ¿Cuál?	2=No

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO			
EDAD	Edad (años cumplidos) _____		
NUM_H	Número de hijos vivos _____		
EDOCIV	Estado civil 1=Casada/unión libre 2=Soltera 3=Viuda 4=Separada o divorciada		
ESCOL	Máximo grado de estudios 1= Ninguna 2= Primaria 3=Secundaria 4= Preparatoria o técnica 5= Lic. o posgrado		
OCUP	Ocupación 1= Empleada 2=Autoempleada 3= Ama de casa 4= Jubilada/pensionada 5= Desempleada 6= Estudiante		
MPO	Municipio de residencia 1= Monterrey 2=Guadalupe 3= San Nicolás 4=Escobedo 5= San Pedro 6= Santa Catarina 7 =Apodaca 8= Otro ¿Cuál? _____		

Autoriza llamada telefónica para seguimiento a preguntas de estado de salud?

Celular _____ Teléfono fijo _____ Fecha probable de llamada (1 mes post-mastectomía) _____

DATOS DE EXPEDIENTE			
TIPO_CX	Tipo de cirugía 1= Tumorectomía 2= Mastectomía simple 3 = Mastectomía radical 4 = Otra _____		
LINF	Linfadenectomía 1= Sí 2= No		
QUIMO_IN	Quimioterapia de inducción 1= Sí 2= No		
QUIMO_AD	Quimioterapia adyuvante 1= Sí 2= No		
RADIO_1	Radioterapia 1= Sí 2= No		
ETAPA	Etapa del cáncer _____		

Preg filtro: Desde la mastectomía, no ha habido necesidad de ser hospitalizada de nuevo

Fecha de 2a encuesta _____

	En la última semana	Nada	Poca	Algo	Mucha	Muchísima	
1c-t2	Qué tanta angustia le provoca mirar la cicatriz de la cirugía	0	1	2	3	4	
	Qué tanto....	Nada	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
2c-t2	Le preocupa su enfermedad (cáncer de mama)	0	1	2	3	4	
3c-t2	Se siente triste	0	1	2	3	4	
4c-t2	Se siente nerviosa	0	1	2	3	4	
5c-t2	Contacto tiene con familiares o amistades (visitas, llamadas telefónicas, mensajes de texto / whatsapp)	0	1	2	3	4	
6c-t2	Apoyo emocional siente de parte de su familia	0	1	2	3	4	
7c-t2	Apoyo emocional siente de parte de amistades	0	1	2	3	4	
	Qué tanta dificultad tiene para...	Nada	Poco	Algo	Mucha	Muchísima	
8c-t1	Dormir	0	1	2	3	4	
9c-t1	Bañarse sin ayuda	0	1	2	3	4	
10c-t1	Vestirse sin ayuda	0	1	2	3	4	
11c-t1	Caminar por sí sola	0	1	2	3	4	
12c-t2	Levantar el brazo del lado de la cirugía	0	1	2	3	4	
		Nada	Poco	Algo	Mucha/o	Muchísima/o	
13c-t2	Qué tanta hinchazón nota en la mano del lado de la cirugía	0	1	2	3	4	
14c-t2	Qué tan adormecida siente el área de la cirugía	0	1	2	3	4	
15c-t2	Qué tan hipersensible siente el área de la cirugía	0	1	2	3	4	
				Sí		No	
16c-t2	Tiene infección en la herida de la cirugía (piel roja y caliente)			1		2	
17c-t2	Qué tan frecuente tiene dolor en el área de la cirugía	0= Nunca (pasar a preg QUIMIO) 1 = A veces 2=Seguido 3= Muy seguido 4= Constante 5= Solo al tocar/mover					
		Nada	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
18c-t2	Qué tan intenso es el dolor en el área de la cirugía	0	1	2	3	4	
19c-t2	Qué tanto necesita estar con medicación para el dolor	0 = Nada, 1 = De vez en cuando 2 = Más o menos seguido 3= Casi todo el tiempo 4 = Todo el tiempo					

QUIMIO2	Después de la mastectomía, ha recibido quimioterapia ¿Cuándo inició?	1=Sí Día/mes/año _____ 2=No	
RADIO2	Después de la mastectomía, ha recibido radioterapia ¿Cuándo inició?	1=Sí Día/mes/año _____ 2=No	
OTRO_TX	Después de la mastectomía, ha estado con algún otro tipo de tratamiento para el cáncer de mama?	1=Sí ¿Cuál? _____ 2=No	
AUTOAY	En el último mes, ha ido a algún grupo de autoayuda	1=Sí 2=No	
APOYO	En el último mes, ha recibido apoyo emocional / psicológico	1=Sí 2=No	

Anexo B. Listado de ítems acorde con escala, subescala y fuente de origen.

No. ítem	Origen	Escala	Subescala
7c-t1 y t2	EORTC QLQ – C23	Calidad de vida	Respuesta al tratamiento
2c-t1 y t2	EORTC QLQ – C23	Calidad de vida	Respuesta al tratamiento
12c-t1 y t2	EQ-5D-5L	Calidad de vida	Bienestar emocional
11c-t1 y t2	EQ-5D-5L	Calidad de vida	Bienestar emocional
14c-t1 y t2	EQ-5D-5L	Calidad de vida	Bienestar físico
15c-t1 y t2	EQ-5D-5L	Calidad de vida	Bienestar físico
16c-t1 y t2	EQ-5D-5L	Calidad de vida	Bienestar físico
9c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Bienestar emocional
10c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Bienestar emocional
13c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Bienestar físico
8c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Bienestar físico
17c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Bienestar social
3c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Respuesta al tratamiento
4c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Respuesta al tratamiento
1c-t1 y t2	Quality of Life Index	Calidad de vida	Respuesta al tratamiento
18c-t1 y t2	WHOQOL-Bref	Calidad de vida	Bienestar social
19c-t1 y t2	WHOQOL-Bref	Calidad de vida	Bienestar social
6c-t1 y t2	Elaboración propia	Calidad de vida	Respuesta al tratamiento
5c-t1 y t2	Cuestionario Breve del Dolor	Calidad de vida	Respuesta al tratamiento
1e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Respuesta al tratamiento
2e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Respuesta al tratamiento
3e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Respuesta al tratamiento
4e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Respuesta al tratamiento
5e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Respuesta al tratamiento
6e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Respuesta al tratamiento
7e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Respuesta al tratamiento
8e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar físico
9e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar emocional
10e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar emocional
11e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar emocional
12e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar emocional
13e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar físico
14e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar físico
15e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar físico
16e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar físico

17e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar social
18e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar social
19e	Elaboración propia	Expectativas bienestar y resp. al tx	Bienestar social
20e	Needs Evaluation Questionnaire	Expectativas de información	--
22e	Needs Evaluation Questionnaire	Expectativas de información	--
23e	Needs Evaluation Questionnaire	Expectativas de información	--
33e	Needs Evaluation Questionnaire	Expectativas de información	--
34e	Needs Evaluation Questionnaire	Expectativas de información	--
24e	Qol Breast Q	Expectativas de información	--
25e	Qol Breast Q	Expectativas de información	--
26e	Qol Breast Q	Expectativas de información	--
27e	Qol Breast Q	Expectativas de información	--
28e	Qol Breast Q	Expectativas de información	--
29e	Qol Breast Q	Expectativas de información	--
31e	Qol Breast Q	Expectativas de información	--
21e	TINQ-BC	Expectativas de información	--
30e	TINQ-BC	Expectativas de información	--
32e	TINQ-BC	Expectativas de información	--
35e	TINQ-BC	Expectativas de información	--

ANEXO C CONSENTIMIENTO INFORMADO



CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA A CORTO Y MEDIANO PLAZO POSTERIOR AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CÁNCER DE MAMA



Justificación	La presente investigación aportará conocimiento sobre cumplimiento de expectativas y nivel de calidad de vida en personas que han tenido una mastectomía por cáncer de mama. Los resultados de este trabajo permitirán hacer una evaluación a los servicios de salud y servirá como referencia para desarrollar programas de mejora de la atención centrada en el paciente.
Objetivo del estudio:	Identificar si las expectativas de información, bienestar físico, emocional, social y de respuesta a la cirugía son menores, iguales o peores a las anticipadas. Así también, medir el nivel de calidad de vida.
Procedimientos:	Su participación consiste en contestar, en la primera consulta después de la mastectomía, unas preguntas sobre expectativas relacionadas con información y efectos de la cirugía. Además, preguntas generales sobre edad, ocupación y escolaridad, entre otras características sociodemográficas. Si Ud. lo permite y autoriza, se le contactará vía telefónica un mes después, para dar seguimiento a las preguntas de calidad de vida. Su participación tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Las preguntas no implican riesgo para su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Orientación sobre la prevención y detección oportuna de complicaciones de la mastectomía.
Participación o retiro:	La participación no tiene costo. Tampoco recibirá pago alguno por su apoyo. En el momento que desee, se le pueden proporcionar información de los resultados obtenidos del estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Por medio de la presente, se le asegura que no se identificará su nombre en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio; y que los datos personales serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma _____ Fecha _____

Firma del investigador _____

ANEXO D. Prevalencia de cumplimiento de expectativas del listado completo de ítems.

	Esperaba tener este síntoma o este tipo de apoyo				
	No (no formada)	Sí, pero no tuvo (sobrestimó)	Sí tuvo, pero fue menor (sobrestimó)	Sí tuvo, fue similar (cumplió)	Sí tuvo, fue mayor (subestimó)
Bienestar físico					
Dificultad para dormir	60%	16%	9%	10%	5%
Dificultad para bañarse sin ayuda	48%	17%	12%	18%	5%
Dificultad para vestirse sin ayuda	51%	13%	16%	12%	8%
Dificultad para caminar por sí sola	78%	14%	1%	2%	5%
Dificultad para levantar brazo del lado de la cirugía	61%	11%	16%	6%	6%
Respuesta al tratamiento					
Adormecimiento área de la cirugía	76%	4%	12%	4%	4%
Hipersensibilidad área de la cirugía	81%	9%	5%	3%	2%
Dolor área de la cirugía (frecuencia)	47%	16%	26%	5%	6%
Dolor área de la cirugía (intensidad)	40%	15%	32%	7%	6%
Dolor área de la cirugía (necesidad analgésica)	35%	3%	33%	22%	7%
Infección en herida quirúrgica	80%	18%	1%	0%	1%
Linfedema	76%	10%	6%	4%	4%
Bienestar emocional					
Preocupación por la enfermedad	42%	6%	24%	11%	17%
Tristeza por la enfermedad	43%	10%	22%	8%	17%
Nerviosismo por la enfermedad	43%	11%	23%	9%	14%
Angustia al mirar la cicatriz	49%	12%	16%	5%	18%
Bienestar social					
Contacto con familiares o amistades	16%	0%	7%	38%	39%

	Esperaba tener este síntoma o este tipo de apoyo				
	No (no formada)	Sí, pero no tuvo (sobreestimó)	Sí tuvo, pero fue menor (sobreestimó)	Sí tuvo, fue similar (cumplió)	Sí tuvo, fue mayor (subestimó)
Apoyo emocional de parte de la familia	6%	1%	4%	42%	47%
Apoyo emocional de parte de amistades	22%	3%	5%	37%	33%
	Esperaba recibir información				
	No (no formada)	Sí, pero no recibió (sobreestimó)	Sí, pero recibió menos de lo esperado (sobreestimó)	Sí, y lo que recibió fue similar a lo esperado (cumplió)	Sí, y lo que recibió fue más de lo esperado (subestimó)
Información vinculada al tratamiento					
Opciones de tratamiento del cáncer de mama	45%	29%	4%	18%	4%
Opciones de reconstrucción del seno operado	52%	35%	5%	7%	1%
Duración del tratamiento	28%	55%	3%	13%	1%
Posibilidades de curación	26%	52%	4%	15%	3%
La apariencia que tendría la cicatriz	62%	30%	4%	4%	0%
Hinchazón en el brazo/mano lado de la cirugía	59%	22%	2%	16%	1%
Tiempo en regresar a actividades usuales	31%	45%	12%	12%	0%
Posibilidad de infección de la herida	55%	23%	5%	15%	2%
Frecuencia-intensidad del dolor área de la cirugía y hombro/brazo	48%	26%	7%	17%	2%
Adormecimiento/hipersensibilidad área de cirugía	59%	25%	5%	10%	1%
Cuidado de la herida al salir del hospital	11%	11%	19%	59%	0%
Afectación de la movilidad del hombro/brazo	58%	19%	10%	12%	1%
Ejercicios especiales para el brazo	60%	18%	9%	11%	2%
Opciones de apoyo espiritual	86%	11%	3%	0%	0%
Opciones de apoyo emocional (ayuda psicológica)	75%	15%	3%	5%	2%

	Esperaba tener este síntoma o este tipo de apoyo				
	No (no formada)	Sí, pero no tuvo (sobrestimó)	Sí tuvo, pero fue menor (sobrestimó)	Sí tuvo, fue similar (cumplió)	Sí tuvo, fue mayor (subestimó)
Opciones de apoyo emocional para la familia (ayuda psicológica)	83%	14%	3%	0%	0%

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Dr. Luis Adrián Álvarez Lozada

Candidato para el Grado de Maestro en Ciencias en Salud Pública

Tesis: Cumplimiento de expectativas y calidad de vida a los 8 y 30 días postratamiento quirúrgico de cáncer de mama

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacido en Monterrey, Nuevo León, México, el 15 de abril de 1998. Hijo de Thelma Gricel Lozada Escamilla y Luis Carlos Álvarez Guerra.

Educación: Graduado de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Experiencia Profesional: Área de Investigación del Centro Universitario de Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León.