



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE PUEBLA**

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DECANATO CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“CALIDAD DE VIDA EN MUJERES POST-OPERADAS DE
MASTECTOMÍA”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARTHA KAREN MARTÍNEZ RIVERA

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. EDGAR MAURICIO RAMIREZ PEREZ



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PUEBLA, MÉXICO JULIO 2022



**DECANATO DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ACADEMIA DE INVESTIGACIÓN**

**Coordinación de Procesos de Evaluación
P r e s e n t e**

El día _____ de _____ del año 2022, quien suscribe _____,
asesor metodológico de tesis para sustentar examen profesional, hago constar que la C.
_____ ha cumplido con el proceso de revisión, validación y entrega en
medio electrónico de tesis, para continuar con su proceso de titulación.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Nombre del asesor

Firma

RESUMEN

Introducción: La mastectomía como tratamiento oncológico, impacta psicológicamente a la paciente con cáncer de seno, ya que esta cirugía genera cambios radicales en la imagen corporal de la mujer, y porque la zona del cuerpo donde se realiza ha significado a lo largo de la historia diferentes tipos de simbología y de muchas maneras ha tenido un lugar privilegiado a nivel social y cultural. (1). **Objetivo:** Investigar cómo influye la mastectomía en la vida psicológica de las pacientes de sexo femenino. **Método:** Se realiza bajo un método cualitativo, con una metodología exploratoria y mediante un corte transversal, con un muestreo aleatorio simple por estratos. Se aplicaron 70 encuestas; 20 para pilotaje del instrumento y 50 posterior. **Resultados o Hallazgos:** **Conclusión:** El impacto psicológico en las mujeres se basa en el apoyo emocional que les brinden en casa. La mastectomía es un tema serio en la vida de la paciente ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de feminidad en la mujer.

Palabras clave o descriptores: mastectomía, sexo femenino, impactó psicológico.

ÍNDICE

CAPITULO I.....	4
INTRODUCCIÓN	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
PREGUNTA	7
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVO ESPECIFICO	8
CAPITULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
.....	22
CAPITULO III.....	30
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
MÉTODO, METODOLOGÍA Y CORTE	30
POBLACIÓN	31
MUESTRA	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	31
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	31
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	31
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
LEY GENERAL DE SALUD Y NORMA	32
ANÁLISIS DE DATOS	34
CAPÍTULO IV	34
RESULTADOS	34
CONSISTENCIA INTERNA DEL INSTRUMENTO	35
ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE VARIABLES	35
CAPÍTULO V	60
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIÓN	62
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS.....	73

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La mastectomía como tratamiento oncológico, impacta psicológicamente a la paciente con cáncer de seno, ya que esta cirugía genera cambios radicales en la imagen corporal de la mujer, y porque la zona del cuerpo donde se realiza ha significado a lo largo de la historia diferentes tipos de simbología y de muchas maneras ha tenido un lugar privilegiado a nivel social y cultural. (1).

Dicha mutilación, desemboca diferentes conflictos, ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, entre otro, por medio de relatos de pacientes mastectomizadas, Pires y Norbe encontraron que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad. (2). Es importante aclarar, el sufrimiento emocional de las pacientes se debe principalmente, no sólo a las circunstancias o eventos de la cirugía, sino más bien al significado que las personas le atribuyen a estos sucesos, la valoración está mediada por las creencias que cada individuo tiene con respecto a la imagen corporal y de sí mismo; y la intensidad con la que se vivan éstas va a depender de las habilidades de afrontamiento y características de personalidad de cada paciente. (2).

(Sánchez S, 2002) plantea que las emociones, pueden ser vistas de 2 maneras:

La primera, "son la expresión interpersonal o social de las emociones y sentimientos, tales como el miedo, rabia, placer, tristeza, etc.". (2).

La segunda, "las emociones también involucran reacciones psicofisiológicas, por ejemplo el miedo y la ansiedad son asociados con el incremento de la tasa cardiaca, presión arterial sistólica, circulación sanguínea en músculos o decremento de la irrigación sanguínea en la piel". (2).

De lo anterior, se puede observar el impacto que causa la mastectomía sobre la mujer, produciendo diferentes emociones, y la intensidad con la que se presenten éstas, va a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que se cuenten. (2).

Diferentes autores han recopilado datos de las emociones que más se presentan como consecuencia de la mastectomía. Por su parte (Amayra, et al, 2001) mencionan en su investigación realizada que ante la mastectomía se producen sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, entre otros. (3).

En el capítulo 1 se encontrará lo que es la introducción en donde se habla brevemente del tema; el planteamiento del problema en donde se plantea el problema que se quiere resolver; justificación en donde se plantea el por qué se quiere llevar a cabo dicha investigación; en el propósito de la investigación podemos encontrar el fin al cual se quiere llegar con esta investigación. Se encontrará también las preguntas de investigación las cuales llevaron a realizar esta investigación; en los alcances y límites se encontrará hasta donde se va a llegar con la investigación y los límites que tendrá la misma; por último, el marco teórico en donde se fundamenta la investigación con base al planteamiento del problema.

En el capítulo 2 se encontrará la metodología, método y corte de la investigación.

Se encontrará también la población a la cual se le aplicara esta investigación; muestra, los criterios de selección que serán aplicados en esta investigación; el instrumento de medición, como está formado, dividido y nivel de confiabilidad de acuerdo al Alfa de Conbrach; procedimiento, consideraciones éticas y anexos.

En el capítulo 3 se encontrará lo que son los resultados de la investigación, junto con tablas y gráficos de media, mediana y moda, también se encontrara la discusión, sugerencias, conclusión y anexos tanto del instrumento aplicado como el nivel de confiabilidad de acuerdo al Alfa de Conbrach.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común, con más de 2,2 millones de casos en 2020. Cerca de una de cada 12 mujeres enfermarán de cáncer de mama a lo largo de su vida. El cáncer de mama es la principal causa de mortalidad en las mujeres.(10)

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración, por lo general de progresión lenta las cuales pueden forzar muchos cambios en el estilo de vida y pueden ser potencialmente estresantes, implican dejar de hacer actividades que disfruta el individuo, adaptarse a nuevas limitaciones físicas, necesidades especiales y además pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos. (4)

El cáncer de mama es un acontecimiento estresante que supone una amenaza para el curso vital de la persona y genera sentimientos de ansiedad, frustración, impotencia, pero sobretodo miedo a perder parte de su identidad, debido a la posibilidad de tener que llegar a una mastectomía. Para las mujeres la mama representa un órgano íntimamente relacionado con la feminidad, la autoestima y la sexualidad, lo que constituye una importante fuente de preocupación.

En las mujeres mastectomizadas la calidad de vida puede verse perturbada puesto que las mujeres requieren de un proceso de adaptación que está influenciado por características personales como son: la salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, también sus relaciones sociales, así como su interacción con los elementos esenciales de su entorno que facilitarán o dificultarán la adaptación a dicha intervención. De este modo, es posible afirmar que la calidad de vida es un fenómeno multifacético, que implica una variedad de dimensiones y no únicamente el funcionamiento físico, dentro de estas esferas encontramos la salud mental quien se cree se relaciona significativamente con medidas de adaptación e influye directamente en la calidad de vida.

Frente al diagnóstico de cáncer de mama, la mujer experimenta, generalmente, sentimientos de miedo, tristeza y negación. Asocia la enfermedad a muerte, así como también a la mutilación de un órgano significativo, la mama, considerado un símbolo de feminidad y

base del erotismo. Con lo cual la mastectomía distorsiona la imagen que la mujer tiene de sí misma, haciéndola sentir mutilada, deforme e incompleta.

El presente trabajo pretende identificar cómo influye el impacto psicológico en pacientes de sexo femenino con mastectomía, al igual como se ve reflejado durante su vida y los cambios que han ocurrido a partir de la mastectomía tanto de su vida personal como familiar y ante la sociedad. (5)

PREGUNTA

¿Cuál es la calidad de vida a nivel psicológico en mujeres post-operadas de mastectomía?

JUSTIFICACIÓN

El siguiente estudio de investigación tiene como beneficio que los pacientes y la sociedad conozcan el impacto que tiene el cáncer de mama, así como los cuidados físicos, psicológicos y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas.

Uno de los beneficios para la profesión de enfermería es plantear un plan para potencializar la calidad de vida en las pacientes mastectomizadas.

Sistema de salud tiene como beneficio contribuir a la mejora de la salud mundial, por consiguiente en la calidad de vida de los individuos.

La presente investigación se enfocará en el impacto psicológico que presentan las mujeres sometidas a una mastectomía, ya que esta es una operación que se lleva a cabo frecuentemente, como para tratamiento preventivo y terapéutico.

Según cifras de La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en el 2013, el 64% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama recurren a la mastectomía, y de ellas el 30% a la reconstrucción mamaria, aunque el porcentaje va en ascenso. Sólo un 40% lo hacen de forma inmediata, en el mismo acto quirúrgico. Lamentablemente, solo un 60% de las mujeres diagnosticadas son informadas de la posibilidad de reconstruir su mama en el

mismo acto quirúrgico o posteriormente. La decisión de someterse a mastectomía preventiva por parte de algunas de las portadoras de los marcadores es audaz y, en algunos casos, irreflexiva o dominada por el miedo. (6).

El tema es que la mastectomía no es una decisión reversible y, por ello, es necesario calibrar el grado de congruencia y la proporcionalidad riesgo/beneficio, sopesando desmesuras hipocondríacas o actings psicóticos o pre psicóticos materializados en ataques al cuerpo imaginario enfermo que en nada se correspondan con márgenes probables de morbilidad. (6).

En algunas investigaciones alegan que el 97% de las mujeres mastectomizadas preventivamente en Ontario entre 1991 y 2000 repetirían el procedimiento. En otro estudio parejo de Hatcher y Fallowfield, se comprobó que, a pesar de la percepción de pérdida de atractivo y a las molestias y problemas postoperatorios, la mayor parte estaba satisfecha. Por otra parte, Cruzado et al. certifican que las mujeres con MP experimentan mayor calidad de vida que las que, aun conociendo su riesgo, no optan por esta solución. Adicionalmente, también reducen su ansiedad y su morbilidad psicológica a medio y largo plazo. Wagner destaca que lo más relevante es el riesgo subjetivo y la prontitud con que se toma la decisión de someterse a MP, pues a menudo el inicial interés difuso en la MP se desvanece sin concretarse. (6). (AECC, 2013)

OBJETIVO GENERAL

Identificar la calidad de vida en mujeres post-operadas de mastectomía

OBJETIVO ESPECIFICO

- Describir las variables personales y clínicas de la muestra.
- Identificar el tipo de cirugía más común que se les realizó a las pacientes.
- Identificar los años con mayor incremento de mastectomización.
- Aplicación del instrumento de medición.
- Análisis y redacción de los resultados de investigación

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En la actualidad, la aparición de nuevas enfermedades crónicas ha impactado a muchas personas alrededor del mundo, además de que los métodos que se han empleado para combatirlas cada vez son más agresivos para las personas. (2).

El cáncer de mama constituye la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo en el sexo femenino, con tasa de crecimiento anual del 0.5% y se espera 1.35 millones de casos nuevos sean diagnosticados para el año 2020. Mueren anualmente alrededor de 14 000 mujeres, representando el 14% de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino. Las tasas de incidencia son más altas en los países desarrollados (excepto Japón) y Estados Unidos presenta la mayor incidencia. (2).

En los países desarrollados, el cáncer de mama es muy superior en incidencia con respecto a los otros tipos de cáncer, mientras que en los países menos desarrollados la magnitud es variable. En Colombia, la tasa de incidencia estimada es de 30 por 100.000 mujeres, muy similar a la de cáncer de cuello uterino que es de 33 por 100.000 mujeres. (1).

En México, específicamente el cáncer de mama ha logrado impactar de manera epidemiológica, pues es considerada como la segunda causa de muerte entre las mujeres. (2).

El cáncer de mama se origina en las células del revestimiento (epitelio) de los conductos (85%) o lóbulos (15%) del tejido glandular de los senos. Al comienzo, el tumor canceroso está confinado en el conducto o lóbulo (*in situ*), donde generalmente no causa síntomas y tiene un mínimo potencial de diseminación (metástasis).(10)

Con el paso del tiempo, este cáncer *in situ* (estadio 0) puede progresar e invadir el tejido mamario circundante (cáncer de mama invasivo), y a continuación propagarse a los ganglios linfáticos cercanos (metástasis regional) u a otros órganos del organismo

(metástasis distante). Cuando una mujer muere de cáncer de mama, es como consecuencia de la metástasis generalizada.(10)

Síntomas del cáncer de mama:

- Un nódulo o engrosamiento en el seno;
- La alteración en el tamaño, forma o aspecto de un seno.
- La aparición de hoyuelos, enrojecimiento, grietas u otra alteración en la piel.
- El cambio de aspecto del pezón o la alteración en la piel circundante (areola).
- La secreción anormal por el pezón.(10)

El cáncer sigue siendo considerado como la enfermedad incurable por excelencia. No en vano, Levy señala que es la enfermedad más temida y misteriosa después de las pestes medievales, y quizá tan solo haya sido desplazada por el SIDA del primer lugar del "ranking" de las enfermedades percibidas como más terribles. Esta idea es compartida por el entorno del individuo afectado y por buena parte del personal sanitario que le atiende, del mismo modo que lo es la mitificación de la enfermedad y su asociación inmediata con la muerte. (1).

El cáncer de mama trae consigo cambio en los estilos de vida, y la mayoría de las veces dicho cambio trae consigo diversos conflictos psicológicos que afectan tanto su desarrollo personal como su calidad de vida y posición frente a la enfermedad. Sobre todo, si los procedimientos oncológicos, como la cirugía conllevan secuelas que limitan y potencializan el desgaste cognitivo, emocional y conductual de las pacientes. El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizado por un crecimiento anormal y desordenado de las células, causado tanto por factores externos (tabaco, químicos, radiaciones, organismos infecciosos) como de factores internos (hormonas, condiciones inmunes y mutaciones que ocurren a causa del metabolismo). Estos factores pueden actuar juntos o en secuencia para iniciar o promover la carcinogénesis. (2).

De acuerdo con la OMS se prevé que entre 2013 y 2030 el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 millones a 15.5 millones, asimismo el número de muertes durante este periodo, aumentará un 45% a nivel mundial. (2). En el caso de la población femenina se observa que el cáncer de mama tiene una mayor incidencia, presentando 12,433 casos. En 2013 se estimaron cerca de 178,480 nuevos casos diagnosticados de cáncer de mama y el número de muertes estimado fue de 40,460 casos. La prevalencia estimada es de 2.4 millones de casos, tomando en cuenta a mujeres que se encuentran libres de enfermedad, y otras que están bajo tratamiento. En México, el cáncer mamario es el más frecuente entre la población femenina, en el año 2013 hubo 12,433 nuevos casos. (2).

Con respecto al tratamiento del cáncer de mama, la American Cancer Society y National Comprehensive Network, mencionan que el tratamiento al que se somete cada mujer es diferente y esto va a depender del avance de la enfermedad, las principales formas de tratamiento conocidas son:

- La radioterapia: es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente a las células malignas.
- La quimioterapia: se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas que podrían reproducirse y formar otro cáncer.
- Los tratamientos hormonales: consiguen que las células cancerosas no puedan reproducirse más, este tratamiento al igual que la quimioterapia es en forma de medicamentos.
- La cirugía: se ofrece como primera opción para aquellas mujeres que presentan tumores pequeños, sin embargo, también es una opción de tratamiento adyuvante. (2).

Los motivos que llevan a una mujer a decidirse a someterse a una mastectomía bilateral profiláctica (extirpación de ambos pechos para evitar el desarrollo de un posible cáncer de mama) pueden ser muy diversos. Muchos estudios han analizado las repercusiones psíquicas y sociales que conlleva una intervención de este tipo, sobre todo en mujeres que entran dentro del grupo de riesgo de contraer cáncer. (2).

La cirugía, es considerada como un procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama, es indicada para la enfermedad multicéntrica y algunos carcinomas ductales in situ. Siguiendo esta misma línea, la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos. Se puede hablar de una mastectomía uni o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación. (5).

Hay cuatro tipos generales de mastectomía:

- Mastectomía subcutánea: se extirpa toda la mama pero deja el pezón y la areola (el círculo pigmentado alrededor de la areola) en su sitio.
- Mastectomía total (o simple): extirpación de toda la mama pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo (ganglios axilares).
- Mastectomía radical modificada: extirpación de toda la mama y la mayoría de los ganglios linfáticos debajo del brazo (disección axilar).
- Mastectomía radical: extirpación de los músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía se consideró durante muchos años como el estándar para mujeres con cáncer de mama, pero en la actualidad se utiliza en muy pocas ocasiones. (5).

El autoconcepto un término que lleva a definir quiénes somos, pero en ocasiones resulta difícil explicarlo para la mayoría, sin embargo el conocerse ayuda a decidir cómo pensar y actuar. Esta conciencia de la identidad propia y la de otros, hace la vida más sencilla y facilita las relaciones interpersonales e intergrupales. (2).

La mama femenina ha sido, es y será una parte fundamental en la mujer, tanto desde el punto de vista social, estético, sexual, fisiológico y nutritivo. La extirpación de esta parte esencial del cuerpo, no solo acarrea consecuencias físicas, sino también psicológicas donde la parte más afectada será el autoconcepto. (2).

Sumado al significado de las mamas y lo que implica su pérdida, someterse a una intervención quirúrgica es una de las experiencias hospitalarias más comunes, y también una de las más estresantes, al igual que algunos exámenes médicos de carácter aversivo. La ansiedad y temor asociados con la anticipación de una intervención, así como la

preocupación y molestias asociadas con la recuperación, tienen efectos en la reacción general del paciente ante la situación y en el curso que tendrá el proceso de restablecimiento. (1).

Tanto el cáncer como los efectos de los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales, de hecho se pone de manifiesto en el estudio realizado por Bos-Branolte, que indica un 28% de morbilidad psicopatológica en un grupo de 90 mujeres con cáncer ginecológico, distribuida del siguiente modo: ansiedad 34%, depresión 28%, alteración de la imagen corporal 22%, baja en la autoestima 32% y disfunción en la relación de pareja 26%. (1).

La pérdida de un seno, está asociada a diversas emociones, como frustración, tristeza, enojo, etc. Sin embargo, diversos autores Fernández, Gil y Costa, Deanna, y lentz, coinciden en que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor regularidad trastornos de ansiedad y depresión. (1).

En un estudio (Engel, et al, 2014) se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado síntomas depresivos y estos se correlacionaron con el estrés, pues existían percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos y eventos estresantes como el nivel socioeconómico. Otro aspecto importante, mencionado en el estudio de Engel ,es en el aspecto emocional, pues es conveniente considerar que la edad es un factor determinante, pues se ha visto que las pacientes jóvenes se preocupan más por las cuestiones financieras y sobre su salud en el futuro, también tienden a tensarse y deprimirse con mayor frecuencia. (5).

El concepto de calidad nace como relación antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad; en un principio que equipará con el nivel de vida, pero en la actualidad ha evolucionado hacia una perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos y el bienestar, o sea, la satisfacción personal con la vida, adquiere una relevancia especial. Son numerosos los autores que abordan la calidad de vida desde diferentes perspectivas, Arrazola considera que la calidad de vida no es equivalente solamente a estados de salud, bienestar o satisfacción con la vida, sino que es un concepto multidimensional que incluye

la percepción subjetiva del individuo sobre estos y otros aspectos de la vida. Pero no sólo se trata de algo subjetivo, de un sentimiento o experiencia personal relacionada con la salud, sino intensamente conectada con otros aspectos no médicos; los ingresos económicos, las relaciones familiares, la libertad, el empleo y otras circunstancias de la vida. (2).

Es importante no confundir la calidad de vida con la salud puesto que, aunque sus evaluaciones se complementan, son de naturaleza esencialmente diferente. Para Leplejé y Puchot toda situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades. La calidad de vida guarda una relación directa con la medida en que dichas necesidades son satisfechas. Otros autores como Aaronson, Calman, Planagan, Padilla, Shipper, coinciden en afirmar que la calidad de vida abarca cuatro dominios esenciales:

- El bienestar físico (autonomía y capacidad física).
- Las molestias somáticas (síntomas a causa de la enfermedad y el tratamiento).
- El estado psicológico (emoción, ansiedad y depresión).
- Los problemas de las relaciones sociales (familiares y profesionales).

Lo cual implica considerar de modo independiente las molestias somáticas de la esfera física. Lugo J. coincidiendo con otros autores, comprende la calidad de vida en tres dimensiones: la física, la psicológica y la social. (3).

La pérdida del órgano (mama), requiere adaptación tanto psicológica como social de la paciente y sus familiares, los cuales influyen en la actitud de esta frente a su problema. La pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos, éstos dependerán de su edad, de sus hijos, de su esposo, sus sentimientos, su trabajo y el grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía. (3).

En un estudio realizado en pacientes operadas de cáncer de mama pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente “Dr. Carlos J. Finlay” del municipio de Colón, provincia de Matanzas, Cuba, en el período comprendido de enero de 2000 a diciembre del 2005. Se mostró un resultado de la afectación psicológica Post-Tratamiento Quirúrgico, obteniendo un 47.9 % de depresión, 26.1 % de ansiedad, 4.3 % de deterioro cognitivo y el 21.1% que no presentó ninguno efecto psicológico después de haberlas sometidas a dicha mutilación.

Otros resultados hablan de que la vida sexual de las pacientes se vieron afectadas en un 47.9 % y el otro 52.1 no tuvieron afección alguna. Se comprobó que la mayor cantidad de pacientes presentaron alguna limitación física que le impedía realizar sus labores habituales. Debemos tener presente que como en cualquier paciente que sufre una enfermedad crónica, en estos enfermos se alteran las relaciones del individuo con su medio, así como sus roles preestablecidos, elementos que de no ser manejados adecuadamente por el equipo básico de salud y los restantes miembros de la familia de manera de lograr una adecuada dinámica familiar, ocasionaría un deterioro de la calidad de vida de las mismas. (3).

En 2013, González Barrón se preguntaba si la mastectomía alteraba la personalidad de las personas afectadas. Una de cada catorce (1/14) mujeres desarrollaba la enfermedad y la mama mutilada parecía ocupar un lugar más o menos central en el autoconcepto, viviéndose como agresión a la identidad femenina. En la muestra de 110 mujeres (55 GE de mujeres mastectomizadas, 55 GC de mujeres sanas) se comprobó que el GE presentaba sentimientos de desesperanza y desamparo. (5).

El miedo a la recidiva del cáncer, el temor al rechazo, la aversión al propio cuerpo, el ocultamiento, la reducción de la actividad física y la mayor vulnerabilidad emergerán, en la trama del duelo, durante el primer año posterior a la cirugía, como cortejo de la depresión postmastectomía. Los autores, sin que ellos presuponen desarrollo psicopatológico inevitable, no vacilan en afirmar que la mastectomía es “la injuria física más grave que puede sufrir una mujer”. Por su parte, Coll Espinosa, et al., buscaron con una muestra incidental de 30 pacientes (15 con mastectomía parcial y 15 con mastectomía radical), algunas de ellas recién operadas y otras intervenidas 15 años atrás las representaciones mentales sobre la enfermedad. Las mujeres expresaban vivencias persistentes de pérdida (fuera cual fuera el tiempo transcurrido desde la intervención), dudas sobre la capacidad para inspirar deseo, así como creencias acerca de la relación de la función materna con el cáncer. Todas ellas hubieran preferido la mastectomía parcial a la radical, pero ésta se vive de forma distinta dependiendo de la edad: las mayores de 55 años tenían sus sensaciones de mayor distancia emocional y de cierta melancolía. El grupo con mayor deterioro en la

autopercepción, como cabía prever, fue el que también obtuvo mayor puntuación en ansiedad y depresión. (1).

Es notable que un factor decisivo para la adaptación al propio cuerpo tras la operación fuera el rechazo de las prótesis mamarias y los cambios o ajustes en el vestuario. Por la fecha aludida (hace 23 años) el procedimiento de reconstrucción oncoplástica de la mama no estaba tan instaurado como en la actualidad. El 84% de la muestra acusó cambios negativos en la autoimagen corporal, pero no correlacionaba ni se derivaba, ni conducía a otras reacciones posibles como la depresión, la ansiedad o el locus control. (5).

Los mismos autores (L.Pérez, et al), y probablemente sobre la misma muestra anterior de 58 mujeres con amputación de los senos, buscaron fijar los nexos entre mastectomía y sexualidad. Sus resultados parecen alarmantes con la mirada actual, pero seguramente no sobresaltaron hace 24 años: El 74% de las mujeres experimentaron en sus relaciones sexuales cambios negativos vinculados a la no aceptación de la imagen corporal ($r = 0,43$), desembocando para el 32% de la muestra en una disfunción sexual. A menudo dichos cambios persistían hasta 2 años después de la mastectomía. (4).

Suárez Vera, con una muestra de 40 pacientes mastectomizadas procedentes del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, no halló diferencias en cuanto a la capacidad de afrontamiento de las mujeres que optaron por mastectomía radical o tumorectomía. La capacidad de afrontamiento dependía, de forma significativa, del nivel de información que poseían y de su grado de control cognitivo sobre la enfermedad que padecían. (4).

En una publicación del 2015 (García Arroyo et. al, 2015) se enlazan las reacciones postmastectomía con el esquema corporal y las vivencias sobre el cuerpo que poseyera la mujer antes de la cirugía. Esto supone que se descarga a la mastectomía de su carácter inherentemente traumático. Éste va a depender más bien del momento evolutivo (existencial) en el que se encuentre la mujer. (4). Un estudio coetáneo de Olivares realizado sobre una muestra de enfermas de Reino Unido compara mujeres sanas y mujeres sometidas a cirugía conservadora, a cirugía radical y a cirugía reconstructiva. (4).

En la investigación sobre 98 pacientes mexicanas de todas las edades publicada este año, usando el Inventario de Estrategias de Afrontamiento adaptado por Cano García, se halló

que la reacción más habitual tras el diagnóstico es la de “Resolución de problemas” (“liberación de emociones que acontecen en el proceso de estrés modificando la situación que lo produce”), tras la que sigue la estrategia de búsqueda de apoyo social. La Inteligencia Emocional de las pacientes predijo la calidad de vida que tendrían tras la intervención quirúrgica y correlacionó con la prontitud en la consulta médica y con la determinación y cooperación en los tratamientos, estimulando también un mayor optimismo ante los resultados. (4).

Por último, la investigación más reciente que corona este periplo es la de Segura-Valverde. Con una muestra de 23 pacientes (12 mastectomizadas y 11 con cirugía conservadora) en el GE y 24 mujeres de GC, se utilizó el método de la rejilla corporal. Se ha podido identificar mediante ANOVA qué aspectos psíquicos son los más dañados tras la operación. (4).

La decisión de someterse a mastectomía preventiva por parte de algunas de las portadoras de los marcadores es audaz y, en algunos casos, irreflexiva o dominada por el miedo. Aclaremos esto: la mastectomía, además de no ser el procedimiento recomendado ni siquiera en casos de riesgo genético, disminuye pero no excluye el riesgo de desarrollar la enfermedad, pues, por escaso que sea el tejido mamario residual preservado o respetado por el bisturí, allí podría anidar el cáncer. (4).

El tema es que la mastectomía no es una decisión reversible y, por ello, es necesario calibrar el grado de congruencia y la proporcionalidad riesgo/beneficio, sopesando desmesuras hipocondríacas o actings psicóticos o prepsicóticos materializados en ataques al cuerpo imaginario enfermo que en nada se correspondan con márgenes probables de morbilidad. La revisión de la literatura específica sobre esta cuestión llevó a Cruzado a ponderar positivamente esta vía. Ellos alegan que el 97% de las mujeres mastectomizadas preventivamente en Ontario entre 2013 y 2018 repetirían el procedimiento. En otro estudio parejo de Hatcher y Fallowfield, se comprobó que, a pesar de la percepción de pérdida de atractivo y a las molestias y problemas postoperatorios, la mayor parte estaba satisfecha. Por otra parte, Cruzado certifica que las mujeres con MP experimentan mayor calidad de vida que las que, aun conociendo su riesgo, no optan por esta solución. Adicionalmente, también reducen su ansiedad y su morbilidad psicológica a medio y largo plazo. (4).

Wagner destaca que lo más relevante es el riesgo subjetivo y la prontitud con que se toma la decisión de someterse a MP, pues a menudo el inicial interés difuso en la MP se desvanece sin concretarse. Los estudios de Stefanek y Meiser, hallaron que el riesgo subjetivo conduce a sobreestimaciones que a menudo no guardan relación con la historia familiar de la enfermedad. (4).

En investigaciones en las que mujeres sometidas a una mastectomía presentaban una actitud optimista se veían más atractivas y tenían menos preocupaciones por la imagen corporal, sentimientos de valía y autorespeto. Mientras que en mujeres con actitud negativa, sobresalían pensamientos negativos y se enfocaban tanto en sus debilidades (capacidades), como en sus defectos físicos, situaciones que provocaban menor adaptación y alteración en el autoconcepto. (2).

Las redes de apoyo permiten el fortalecimiento de una nueva autoimagen y autoestima en las mujeres sometidas a una mastectomía. Según como perciban las mujeres a su pareja, a su familia, amigos y cómo influya el personal de salud (implanten estrategias de comunicación adecuadas) determinaran el autoconcepto que reestructurará la mujer, ya que todos estos actores permiten disminuir en algún grado el sufrimiento emocional de la mujer afectada y lo fortificarán pues tratarán de resaltar sus atributos buenos. (2).

En una investigación realizada en Costa Rica sobre las consecuencias del cáncer de mama y la mastectomía con la participación de 76 mujeres, se encontró que el que 58 por ciento de las entrevistadas señalan que tanto familiares como amistades manifiestan aparentemente, una curiosidad morbosa con respecto a su condición física y miran con insistencia el lugar ocupado por el pecho ausente, situación que las participantes consideran hirientes, lo que hace que se acomplejen. Es así que, para evitar estas situaciones muchas tienden a aislarse, limitando al máximo el contacto con los demás familiares y conocidos. En este sentido, el aislamiento o soledad constituye un factor de riesgo que se debe evitar, pero hay casos donde el rose social constituye un factor estresante. (2).

A pesar de los métodos de diagnóstico precoz (la autopalpación, la mamografía y la biopsia) todavía llegan a las consultas mujeres con estadios avanzados de la enfermedad a las que debe practicarse una mastectomía.

El nivel social, el empleo y el tipo de cobertura sanitaria determinarán (posteriormente o en el mismo momento de la mastectomía) la decisión de practicar una reconstrucción mamaria. (1).

Es importante que el personal de salud encargado del tratamiento les proporcione la máxima información y el máximo apoyo. En muchos casos el ajuste emocional posterior a la mastectomía es bueno o muy bueno. (6)

En un 25% de los casos pueden aparecer ideas de suicidio.

En un 15% de los casos las mujeres solicitan ayuda a un profesional para resolver los problemas emocionales derivados de esta situación.

En general, de todas maneras, se considera más difícil el momento de descubrir el tumor que el período posterior a la mastectomía.

En un 75% de los casos la satisfacción sexual en el matrimonio no cambia, aunque el 25% restante manifiesta un empeoramiento.

En muchos países se organizan grupos de ayuda a las pacientes mastectomizadas y a sus familias, especialmente a sus maridos. (7).

En total participaron 153 mujeres, y se estudió básicamente el impacto psicológico y las posibles alteraciones de su vida sexual. Todas las participantes presentaban un historial familiar de cáncer de mama y unos factores de riesgo lo suficientemente altos como para someterse a una mastectomía bilateral profiláctica. Del grupo estudiado, 79 aceptaron la cirugía, 64 la rechazaron y 11 esperaron a decidirse a la llegada de los resultados de las pruebas genéticas, u otro tipo de información. (7).

Los resultados fueron esperanzadores. Las repercusiones psicológicas disminuyeron considerablemente en las 79 mujeres que aceptaron someterse a la cirugía, mientras que en las 64 mujeres que no quisieron operarse los problemas psicológicos no se vieron reducidos. (7).

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con cáncer de mama sometidas a reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía en el Instituto de

Oncología Luis Razetti entre enero de 2013 y diciembre de 2017. Se registró la edad, el estadio de la enfermedad, el tiempo en que se efectuó la reconstrucción, la técnica utilizada y las complicaciones. Resultados: un total de 146 pacientes fueron sometidas a reconstrucción mamaria, con una edad promedio de 41 años. A 110 pacientes se les realizó la reconstrucción con colgajo miocutáneo de dorsal ancho (75,3%) y a 36 pacientes con colgajo TRAM (24,7%). En el 69,9% de las pacientes el procedimiento de reconstrucción fue realizado de forma inmediata. El 30,8% de las pacientes presentaron complicaciones secundarias al procedimiento de reconstrucción. La principal complicación en la reconstrucción con colgajo de dorsal ancho fue la formación de contractura capsular sintomática (28,8%). La complicación más frecuente con el colgajo TRAM fue la eventración abdominal (13,3%). (6)

Durante el período de estudio se intervinieron quirúrgicamente 74 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de forma electiva, de las cuales 38 fueron cirugías preservadoras o se utilizaron procedimientos sin reconstrucción inmediata. Las 36 pacientes restantes son las que forman parte del presente estudio, ya que el resto no cumplían con los criterios de inclusión debido al objetivo principal de la investigación, dividiéndose en 2 grupos: de 20 pacientes el grupo TRAM y de 16 pacientes el grupo dorsal ampliado, realizándose un seguimiento, el grupo etario 40-59 años fue en el que más se realizó TRAM, con un 75%. En el grupo dorsal ampliado fue en el de 50-69 años, con un 68,8%, con un promedio de edad en general de $52,33 \pm 11,64$ años, encontrándose significación estadística con $p = 0,010$. Con respecto al estadio de las pacientes, podemos apreciar en un 35,0% un predominio del estadio B en las pacientes del grupo TRAM, mientras que para el grupo dorsal ampliado predominó el estadio A, representando un 50%, no siendo estadísticamente significativo, con $p = 0,875$. Podemos observar que en ambos grupos de estudio predomina la variedad histológica ductal infiltrante, con un 80% para el TRAM y un 87,5% para el dorsal ampliado, seguida de la variedad lobulillar, con un 15%, no siendo estadísticamente significativo. Ambos grupos lidera el subtipo luminal A, con un 40% para los TRAM y un 62,5% para el dorsal ampliado, ya pudiéndose inferir que serán Mastectomía radical con reconstrucción inmediata 241. Estadísticamente significativo. Pacientes con buen pronóstico, dada la buena respuesta de este subtipo al tratamiento adyuvante. Sigue el subtipo triple negativo, siendo las pacientes con peor pronóstico, con

un 25% para los TRAM y un 18,8% para el dorsal ampliado. Dentro de los antecedentes personales patológicos podemos observar que en el grupo TRAM predominaron las intervenciones quirúrgicas abdominales previas, representando el 35, %, siendo estas dadas por colecistectomías en su mayoría y apendicetomías, un 10% de pacientes hipertensas y fumadoras esporádicas. Un 25% de pacientes con el antecedente de cirugía preservadora y un 20% con mastectomía parcial guiada por arpón; en el grupo dorsal ampliado solo una paciente de las 16 tiene como antecedente cirugía preservadora, esto directamente relacionado a la edad de las pacientes en este grupo, ya descrito anteriormente, siendo estadísticamente significativo, con $p = 0,044$. El intervalo de tiempo transcurrido para aquellas pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante hasta la realización de la cirugía que predominó en ambos grupos de estudio, TRAM y dorsal ampliado, es de 4 meses, con un 55 y un 75%, respectivamente. Se reportaron 2 casos para el TRAM con un intervalo de 6 meses; no así para el dorsal, siendo el intervalo más largo encontrado en dicho grupo de 5 meses. La mayoría de las pacientes a las que se les realizaron las técnicas reconstructivas evaluadas en este trabajo de investigación eran pacientes catalogadas en sobrepeso, representando un 90% para el grupo TRAM y un 68,8% para el dorsal ampliado, siendo estadísticamente significativo, con $p = 0,676$. (7).

Como parte del tratamiento, en las cirugías radicales se produce una pérdida en la funcionalidad del órgano, por ejemplo las ostomías, así como secuelas externas que deterioran la imagen del paciente como ocurre en la cirugía radical de mama, algunos autores consideran que la “convulsión psicológica” causada por la cirugía radical de la mama es diferente a la de cualquier otro tratamiento contra el cáncer ya que afecta a un órgano que es distintivo de feminidad, a la autoestima, a la percepción de la propia imagen y a la sexualidad, además del impacto causado por la propia enfermedad. (7).

Hoy en día “calidad de vida” la podemos vincular con los grandes avances en la biotecnología, la cual ha permitido contar con nuevas expectativas de vida, ya que anteriormente no se tenía acceso tan amplio como actualmente lo tenemos. Esto permite cubrir las necesidades más básicas como son en el ámbito emocional, económico, social y educacional.

Por lo tanto lo que llamamos calidad de vida reúne elementos objetivos y subjetivos del bienestar social que están fundados en la experiencia ya sea individual y comunitario dentro de la vida social.

Si tomamos en cuenta el concepto de calidad de vida según la OMS, nos dice que es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes.(11)

Con este argumento podemos citar que es un campo muy abierto donde comprende factores de salud de tipo emocional, física, ser independiente, contar con relaciones que contribuyan a un mejor desarrollo y que exista relación con el entorno en que vivimos.

Ahora bien, cuando nos preguntamos en forma individual que es calidad de vida podemos expresar diversa terminología como bienestar, alcanzar logros personales y familiares, contar buen estado de salud, tener una alimentación sana, en fin todo esto se ve relacionado a entornos sociales y culturales.

La calidad de vida individual puede entenderse como una relación global, dentro de la cual establece aspectos positivos pero también pueden existir eventos en forma adversa en el curso de la vida individual, lo que demuestra la interrelación individual y colectiva en el ejercicio de los valores sociales.

Esto nos demuestra que el concepto de calidad de vida está en constante movimiento, ya que se ve involucrada con aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos lo que genera en el individuo “valores positivos y negativos.”

Así podemos decir que el concepto de calidad de vida y bienestar social puede tener cinco campos a comprender como son:

1. Físico: donde puede tener aspectos de salud y seguridad física.
2. Material: contar con una vivienda digna y propia, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance, medios de transporte.
3. Educativos: existencia y cercanía a una educación donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.
4. Emocional: campo muy importante para cualquier ser humano, mediante el cual permite que su estado emocional vaya creciendo e interrelacionarse eficazmente.
5. Social: donde al ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades que permitan desarrollo del mismo.

Es importante considerar que estos campos mencionados pueden tener una diversa influencia en factores sociales, médicos y políticos y también en los ámbitos individuales y de comunidades.

Como podemos comprender, la calidad de vida no es un proceso simple, pues requiere de un análisis minucioso

La calidad de vida es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social. (11)

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el

enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético-legales y morales que desarrolla la profesión.(12)

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.(12)

TABLA DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Femeninas de 30 a 35	CUANTITATIVA	30 a 35 Proporción
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Mujeres casadas, solteras	CUALITATIVA	Casada o soltera Ordinal
Nivel De Escolaridad	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Femeninas alfabetas o analfabetas.	CUANTITATIVA	Alfabetas o analfabetas Nominal

Categoría Ocupacional	Clasificación de la población ocupada según su relación con los medios de producción y con la propiedad de los bienes y servicios generados	Tipo de ocupación	CUALITATIVA	Trabaja o no trabaja Nominal
Nivel Económico	Descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene.	Nivel, bajo, medio, alto	CUALITATIVO	Bajo, Medio, alto Ordinal
Fecha De La Cirugía	Fecha en la que se realizó, practico u origina un proceso quirúrgico.	Fecha en la que se realizó la cirugía.	CUALITATIVO	Fecha Intervalo. Nominal
Fecha De La Quimioterapia	Fecha en la que se realizó o practico una quimioterapia.	Fecha en la que recibió quimioterapias.	CUALITATIVO	Fecha Intervalo. Nominal
Tipo De Cirugía	Clasificación de cirugía, mayor o menor.	Menor o mayor.	CUANTITATIVO	Menor o mayor Proporción
Gastos	Cantidad de dinero	Notablemente, Lo puede enfrentar, no le afecta en lo absoluto.	CUALITATIVO	Bajo, medio y alto. Ordinal
Dificultades Económicas	Es un periodo en el cual una economía afronta dificultades durante un tiempo prolongado	Muchas, algunas, ninguna	CUALITATIVO	Mucho. Medio, nada Ordinal
Afectación Del Tratamiento De Cáncer De Mama En La Calidad De Vida En Cuanto Al Nivel Económico	Nivel de afectación en el nivel económico	Mucho, leve, nada.	CUALITATIVO	Mucho, leve, nada. Ordinal
Capacidad Con La Que Realiza Sus Actividades Habituales	Facilidad de realizar acciones Habituales o diarias,	No puede hacer nada, hace menos que antes, hace pero con más dificultades, sin dificultad.	CUALITATIVO	Nada, menos, mas dificultad, sin dificultad. ORDINAL
Frecuencia De La Salud Física O Problemas Emocionales Le Han Dificultado Sus Actividades Sociales	Veces en la que los problemas de salud o emocionales impiden realizar interacciones sociales.	Siempre, casi siempre, Algunas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, Algunas veces, nunca. ORDINAL
Hasta que puntos su salud física o emocional a dificultado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos u otras personas	Veces en la que los problemas de salud o emocionales impiden realizar interacciones familiares y sociales.	Nada, regular, mucho	CUALITATIVO	Nada, regular, mucho. ORDINAL
Se Ha Dejado De Sentir Femenina	Dejar de sentirse mujer	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.

				ORDINAL
Se Ha Sentido Ansiosa	Presentar ansiedad	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
Se Ha Sentido Sola	Sentir que nadie la apoya	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
En Alguna Crisis Tendría A Algún Familiar O Amigo	—	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
Se Ha Sentido Insegura Al Realizar Alguna Actividad	Sentir inseguridad al realizar actividades.	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
Se Ha Sentido Físicamente Fuerte	Capaz de realizar actividades cotidianas.	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
Se Ha Sentido Engañada	Sentir que le ocultan cosas.	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
Se Considera Fuerte Desde Que Sobrevivió Al Cáncer De Mama	-	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
La Intimidad Sexual Ha Sido Difícil	Implica normalmente una relación física entre dos personas. Los sentimientos de intimidad van más allá del contacto físico e, incluso, de las palabras.	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
Las Relaciones Íntimas Han Sido Difíciles	Implica normalmente una relación física entre dos personas.	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL
Tener Problemas Para Conseguir Trabajo O Seguir En Los Labores Del Hogar	-	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca.	CUALITATIVO	Siempre, casi siempre, muchas veces, nunca. ORDINAL

ESTUDIOS RELACIONADOS

1. María Elena Mejía-Rojas , Adolfo Contreras-Rengifo , Mauricio Hernández-Carrillo, realizaron un estudio de investigación llamado “Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia” en el que la conclusión fue que En las mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia, la calidad de vida se vio afectada principalmente por los efectos secundarios del tratamiento, en tanto que los signos y los síntomas más relevantes fueron la pérdida del cabello, el insomnio y la fatiga, además de los síntomas mamarios, la menor funcionalidad física y la menor sensación de placer sexual. Se recomienda la implementación de estrategias de intervención destinadas a mejorar la calidad de vida, y el cuidado físico y emocional de las pacientes.
2. Mariangela Espinosa Ramírez realizó un estudio de investigación llamado “Cáncer de mama” en el que la conclusión fue que el Cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte en países desarrollados. Su

incidencia está en aumento pero su diagnóstico precoz ha logrado disminuir la mortalidad. En algunas ocasiones, el cáncer de mama obedece a mutaciones (alteraciones) genéticas heredadas.

3. Júlia Schneider Hermel, Adolfo Pizzinato y Magaly Calderón Uribe Ellos realizaron un estudio llamado “Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido” donde su objetivo fue comprender la percepción de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, sobre el apoyo social y la relación de este con el autocuidado. Fueron seleccionadas cuatro participantes, dos con elevados niveles de apoyo social y dos con bajos niveles de apoyo social para hacer las entrevistas biográficas de carácter narrativo. Se crearon ejes que relacionan los principales contenidos de las entrevistas, como la historia de la enfermedad y el despertar del cuidado, autocuidado como empoderamiento y como una mirada de sí, cuidado y apoyo social. Se identifica que el diagnóstico del cáncer de mama ejerció un papel clave en el despertar de prácticas de autocuidado a pesar de los riesgos de salud y de las vivencias de apoyo fragilizado.
4. J Jesús Medina Valencia realizo un estudio llamado “Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama cirugía radical versus cirugía conservadora” donde su conclusión fue que La calidad de vida global de las pacientes fue de 45.5 para mastectomía y 42.7 para cirugía conservadora, con un estado global de salud de 44.1. De todos los parámetros, solo fueron significativos para el apartado de síntomas específicamente para el estreñimiento y el impacto económico, los cuales fueron peores para las pacientes con mastectomía. De la misma forma, en el cuestionario específico para cáncer de mama, ninguno de los apartados mostró una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se puede asumir una calidad de vida igual entre los diferentes tipos de tratamiento. Las pacientes con cáncer de mama presentan una menor calidad de vida con respecto a lo descrito en la literatura mundial, lo que requiere de la implementación de programas enfocados en la valoración de estos aspectos durante el abordaje y seguimiento de las pacientes, y no sólo en el tratamiento oncológico.

5. Recalde MT realizó un estudio llamado “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010” en el cual la conclusión fue que el cáncer de mama es un problema de salud pública debido a su frecuencia y porque su diagnóstico y tratamiento alteran la calidad de vida de las mujeres afectadas en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y sexuales. En Paraguay, existen pocos estudios realizados sobre la calidad de vida de pacientes oncológicos. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de 125 mujeres, entre 25 y 90 años con cáncer de mama, que fueron sometidas a mastectomía y quimioterapia ambulatoria en el Hospital Día del Servicio de Hematología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Se les administró un cuestionario genérico de la calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30), y uno específico: módulo de cáncer de mama (QLQ-BR23). Las mujeres reportaron malestar físico (dolor, insomnio, cansancio), malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales. Se observó una buena correlación entre ambos instrumentos.

CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

MÉTODO, METODOLOGÍA Y CORTE

Esta investigación se lleva bajo un método cuantitativo ya que las entrevistas fueron realizadas personalmente, el fin de esta es medir el impacto emocional de las pacientes mastectomizadas; con una metodología exploratoria ya que va de la mano con el método cualitativo y mediante un corte transversal debido a que es más fluido y económicamente es beneficiante.

POBLACIÓN

Se aplica en una población femenina en las unidades de salud de la Jurisdicción sanitaria 09.

MUESTRA

Este estudio es mediante un muestreo aleatorio simple por estratos, se aplicó a 30 personas mastectomizadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Femeninas de 35-50 años de edad
- Al menos una gesta
- Una mamografía como mínimo en los últimos 5 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ninguna gesta
- No encontrarse en los rangos de edad solicitado
- Ninguna mamografía

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Encuestas mal contestadas

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento de medición que se usó es basado en la escala de cáncer de mama de calidad de vida a largo plazo (LTQOL-BC). En este instrumento las preguntas son basadas en el estado emocional que se encuentra la encuestada con un total de 26 reactivos, y se divide en 5 secciones:

- Sección 1: Pregunta 1 a 4 son basadas en el aspecto sociodemográfico

- Sección 2: Pregunta 5 a 7 son basadas en el tratamiento de la paciente, Sección 3: De la pregunta 8 a la 10 son basadas en el impacto económico que ha tenido en su vida después del tratamiento
- Sección 4: Pregunta 11 a 13 son basadas en el impacto social que tiene la paciente
- Sección 5: Pregunta 14 a 26 son basadas en el impacto emocional y desarrollo social de la paciente después del tratamiento.

El primer pilotaje se aplicó a un total de 30 personas obteniendo un resultado de con un Alpha de Conbrach de .676.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento de aplicación del instrumento se llevó a cabo en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria 09 a la comunidad femenina con apoyo de las promotoras de salud.

Se les dio una breve y clara explicación, a las pacientes que se citaron, el propósito del estudio y el tiempo para responder la encuesta.

Se aplicó el cuestionario y posterior se agradeció la participación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El consentimiento informado es una manifestación del principio de autonomía por eso las pacientes mastectomizadas tienen el derecho a querer participar o no con el trabajo de investigación, se respeta el principio de no maleficencia ya que los datos recolectados será confidencial y se respetara la privacidad y anonimato de la paciente mastectomizada y se manifiesta el principio de beneficencia por que los aportes de este trabajo de investigación beneficiara para ofrecer a las pacientes mastectomizadas un cuidado integral en su proceso de reincorporación a la sociedad. (4)

LEY GENERAL DE SALUD Y NORMA

ARTÍCULO 96. .- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

1. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
2. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
3. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
4. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
5. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
6. A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

1. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
2. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
3. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
4. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
5. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

6. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

7. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTICULO 102: La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

1. Solicitud por escrito;
2. Información básica farmacológica y preclínica del producto;
3. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
4. Protocolo de investigación, y
5. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

ARTICULO 103.-En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos serán procesados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se describe los resultados del estudio; primeramente la consistencia interna del instrumento y en segundo la estadística descriptiva de las variables personales; así mismo se describe el nivel de calidad de vida de pacientes que tuvieron cáncer de mama.

CONSISTENCIA INTERNA DEL INSTRUMENTO

La consistencia interna del instrumento se determinó con el coeficiente de confiabilidad de alpha de cronbach. El cuestionario empleado reportó un coeficiente alpha de cronbach de .676

Tabla 1

Consistencia Interna del Instrumento Escala de cáncer de mama de calidad de vida a largo plazo (LTQOL-BC)

Instrumento	Preguntas	Alpha de Cronbach
-------------	-----------	-------------------

LTQOL-BC	26	.676
----------	----	------

Nota: Escala de cáncer de mamá de calidad de vida a largo plazo (LTQOL-BC) (Martínez, López 2022). n = 30

ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE VARIABLES

A continuación, se presentan los datos descriptivos de las variables personales de las pacientes que participaron en el estudio (edad, estado civil, Nivel de escolaridad, Categoría Ocupacional, Nivel Económico, Fecha de cirugía, Fecha de la quimioterapia, Tipo de Cirugía, Gastos, Dificultades Económicas, Afectación del tratamiento de cáncer de mama en la calidad de vida en cuanto al nivel económico, Capacidad con la que realiza sus actividades habituales, Frecuencia de la salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales, Hasta que puntos su salud física o emocional a dificultado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos u otras personas, Se ha dejado de sentir femenina, Se ha dejado de sentir atractiva, Se ha sentido una mujer incompleta, Se ha sentido ansiosa, Se ha sentido sola, En alguna crisis tendría a algún familiar o amigo, Se ha sentido insegura al realizar alguna actividad, Se ha sentido físicamente fuerte, Se ha sentido engañada, Se considera fuerte desde que sobrevivió al cáncer de mama, La intimidad sexual ha sido difícil, Las relaciones íntimas han sido difíciles, Tuvo problemas para conseguir trabajo o seguir en los labores del hogar), se describe la variable de estudio de la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama.

CARACTERISTICAS PERSONALES Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES.

En la tabla 2, se muestran las características personales y clínicas; e la categoría ocupacional de ama de casa predominó el 83.3%, respecto al nivel socioeconómico 100% son de economía media. La capacidad para realizar actividades habituales el 53.3% realiza menos actividades, mientras que el 56.7% algunas veces la salud física y emocional le han

dificultad sus actividades sociales. Muchas veces el 63.3% de las mujeres han dejado de sentirse mujeres. Muchas veces el 43.3% de las mujeres han dejado de sentirse atractivas, mientras que el 56.7% se han sentido incompletas, respecto a la ansiedad el 50% muchas veces lo han estado. El 63.3% de las mujeres se han sentido físicamente fuertes.

Tabla 2

Características Personales de la calidad de vida en pacientes que tuvieron cáncer de mama

Variables	f	%
Categoría Ocupacional		
Ama de casa	25	83.3
Técnica	1	3.3
Profesional	4	13.3
Nivel económico		
Medio	30	100
Capacidad para realizar actividades habituales		
Hago menos que antes	16	53.3
Lo hago pero con más dificultades	13	43.3
Las hago igual que antes	1	3.3
Con que frecuencia la salud física y emocional le han dificultad sus actividades sociales		
Siempre	1	3.3
Casi siempre	7	23.3
Algunas veces	17	56.7
Nunca	5	16.7
Ha dejado de sentirse mujer		
Casi siempre	3	10
Muchas veces	19	63.3
Nunca	8	26.7
Ha dejado de sentirse atractiva		
Siempre	2	6.7
Casi siempre	7	23.3
Muchas veces	13	43.3
Nunca	8	26.7
Se ha sentido Incompleta		
Siempre	1	3.3
Casi siempre	5	16.7
Muchas veces	17	56.7
Nunca	7	23.3
Se ha sentido ansiosa		
Siempre	2	6.7
Casi siempre	10	33.3
Muchas veces	15	50.0
Nunca	30	100.0

Variables	f	%
Se ha sentido sola		
Casi siempre	4	13.3
Muchas veces	6	20.0
Nunca	20	66.7
Se ha sentido insegura		
Siempre	2	6.7
Casi siempre	5	16.7
Muchas veces	21	70.0
Nunca	2	6.7
Se ha sentido físicamente fuerte		
Siempre	4	13.3
Casi siempre	7	23.3
Muchas veces	19	63.3

Nota: (LTQOL-BC) Martínez-López 2022 n=30

Descripción del Nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

En la tabla 3 se muestra la descripción del Nivel de calidad de vida de pacientes con cáncer de mama, considerando todas las preguntas de manera individual, con la frecuencia y porcentaje de cada respuesta obtenida: pregunta 1: en donde se encuentran 4 diferentes niveles de escolaridad se observa un 22% en Preparatoria/Bachillerato de 50/50 encuestas., pregunta 2: se observa un 33% en la categoría ocupacional de ama, pregunta 3: se observa en el nivel económico en un 40% en el nivel medio, pregunta 4: se observa que un 19% de las mujeres entrevistadas fueron sometidas a una mastectomía entre el 2005-2010, pregunta 5: se observa igualdad del 19% en el inicio de la quimioterapia en los años de 2005-2015, pregunta 6: se observa que el 28% de las mujeres mastectomizadas refieren que los gastos propios y familiares después de su enfermedad afectaron su nivel de vida, pregunta 7: se puede observar que el 29% de las mujeres mastectomizadas refieren que el estar enferma le ha ocasionado dificultades económicas, pregunta 8: se observa que el 25% de las mujeres mastectomizadas refieren que el tratamiento del cáncer de mama ha afectado mucho el nivel económico, pregunta 9: se observa que el 27% de las mujeres mastectomizadas entrevistadas hacen menos que antes sus actividades habituales, pregunta 10: se observa

que el 24% de las mujeres mastectomizadas su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, amigos o vecinos de manera regular, pregunta 11: se observa que muchas veces las mujeres mastectomizadas se han sentido una mujer incompleta con un porcentaje de 28%, pregunta 12: se observa que el 28% de las mujeres mastectomizadas muchas veces han dejado de sentirse atractivas, pregunta 13: se observa que el 27% de las mujeres muchas veces se han sentido una mujer incompleta, pregunta 14: se observa que el 29% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se han sentido ansiosa en cuando enferman, pregunta 15: se observa que el 25% de las mujeres nunca se han sentido solas, pregun: se observa que el 29% de las mujeres mastectomizadas casi siempre cuentan con algún ser querido en alguna de sus crisis, pregunta 17:se observa que el 24% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se sienten inseguras al realizar sus actividades, pregunta 18:se observa que el 28% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se han sentido físicamente fuertes, pregunta 19: se observa que el 24% de las mujeres mastectomizadas nunca se han sentido engañadas luego de presentar cáncer de mama, pregunta 20: se observa que el 25% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se han considerado más fuertes después de sobrevivir al cáncer de mama.

Tabla 3

Descripción de nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama

	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Estado civil		
1) Casada	21	70.0
2) Divorciada	8	26.6
3) Viuda	-	-
4) Soltera	1	3.3
2. Nivel de escolaridad	<i>F</i>	<i>%</i>
1) Primaria	7	23.3
2) Secundaria	9	30.0
3) Preparatoria/bachiller	10	33.3
4) Carrera trunca	4	13.3
3. Categoría ocupacional	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Ama de Casa	25	83.3
2) Obrera	-	-
3) Técnica	1	3.3
4) Profesional	4	13.3
4. Nivel socioeconómico	<i>f</i>	<i>%</i>

1) Bajo	-	-
2) Medio	30	100
3) Alto	-	-
5. Fecha de la cirugía		
1) 2000-2005	6	20
2) 2005-2019	11	36.7
3) 2010-2015	10	33.3
4) 2015-2018	3	10.0

Nota: : (LTQOL-BC) Martinez-López 2022 n=30

Continúa tabla 4...

	f	%
6. Fecha de inicio de la quimioterapia	f	%
1) 2000-2005	7	23.3
2) 2005-2019	10	33.3
3) 2010-2015	10	33.3
4) 2015-2018	3	10.0
7. Tipo de cirugía	f	%
1) Conservadora	28	93.3
2) No conservadora	2	6.7
8. ¿Los gastos que usted y su familia tienen a causa de la enfermedad, le afectan el nivel de vida?	f	%
1) Notablemente y lo enfrenta con mucha dificultad	7	23.3
2) Lo puede enfrentar con un poco de dificultad	23	76.7
3) No le afecta en lo absoluto	-	-
9. Estar enferma le ha ocasionado dificultades económicas	f	%
1) Muchas	17	56.7
2) Algunas	12	40
3) Ninguna	1	3.3
	-	-
10.¿ Que tanto ha afectado el tratamiento de cáncer de mama en su calidad de vida en cuanto el nivel económico?		
1) Mucho	19	63.3
2) Leve	10	33.3
3) Nada	1	3.3

Nota: : (LTQOL-BC) Martinez-López 2022 n=30

Continúa tabla 4...

	F	%
11. ¿Con que capacidad realiza sus actividades habituales?	F	%
1) Ya no puedo hacer nada	16	53.3
2) Hago menos que antes	13	43.3
3) las hago, pero con más dificultades	1	3.3
4) Las hago igual que antes.	-	-
12. ¿Con que frecuencia la salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (visitar amigos o familiares)?	F	%
1) Siempre	1	3.3

2) Casi siempre	7	23.3
3) Muchas veces	-	-
4) Algunas veces	17	56.7
5) Nunca	5	16.7
13. ¿Hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, con la familia, amigos, vecinos u otras personas?	<i>f</i>	%
1) Nada	7	23.3
2) Regular	13	43.3
3) Mucho	10	33.3
14. ¿En algún momento ha dejado de sentirse femenina?	<i>f</i>	%
1) Siempre	-	-
2) Casi siempre	3	10.0
3) Muchas veces	19	63.3
4) Algunas veces	8	26.7
15. ¿A dejado de sentirse atractiva?	<i>f</i>	<i>f</i>
1) Siempre	2	6.7
2) Casi siempre	7	23.3
3) Muchas veces	13	43.3
4) Nunca	8	26.7

Nota: : (LTQOL-BC) Martinez-López 2022 n=30

Continúa tabla 4...

	<i>f</i>	%
16. ¿En algún momento se ha sentido una mujer incompleta?	<i>f</i>	%
1) Siempre	-	-
2) Casi siempre	3	10.0
3) Muchas veces	19	63.3
4) Nunca	8	26.7
17. Cuando usted se enferma se siente muy ansiosa?	<i>f</i>	%
1) Siempre	2	6.7
2) Casi siempre	10	33.3
3) Muchas veces	15	50
4) Nunca	3	10
18. ¿En algunos momentos se ha sentido usted sola?	<i>f</i>	%
1) Siempre	-	-
2) Casi siempre	4	13.3
3) Muchas veces	6	20.0
4) Nunca	20	66.7
19. Si en algún momento usted presenta alguna crisis ¿Tendría algún amigo o familiar que estuviera con usted?	<i>f</i>	%
1) Siempre	6	20.0
2) Casi siempre	10	33.3
3) Muchas veces	12	40.0
4) Nunca	2	6.7
20. ¿Se ha sentido insegura para realizar algunas actividades?	<i>f</i>	%
1) Siempre	2	13.3
2) Casi siempre	5	16.7
3) Casi muchas veces	21	70.0
4) Nunca	2	6.7

Nota: : (LTQOL-BC) Martinez-López 2022 n=30

Continúa tabla 4...

	f	%
21. ¿Se ha sentido usted físicamente fuerte?	f	%
1) Siempre	4	13.3
2) Casi siempre	7	23.3
3) Muchas veces	19	63.3
4) Nunca	-	-
22. ¿Desde que presento cáncer de mama se ha sentido usted engañada?	f	%
1) Siempre	-	-
2) Casi siempre	2	6.7
3) Muchas veces	5	16.7
4) Nunca	23	76.7
23. ¿Se considera una persona más fuerte desde que sobrevivió al cáncer de mama?	f	%
1) Siempre	7	23.3
2) Casi siempre	6	20.0
3) Muchas veces	17	56.7
4) Nunca	-	-
24. La intimidad sexual para usted ha sido fácil?	f	%
1) Siempre	4	13.3
2) Casi siempre	-	-
3) Muchas veces	2	6.7
4) Nunca	24	80.0

Nota: : (LTQOL-BC) Martínez-López 2022 n=30

Comentario [u1]:

Continúa tabla 4...

	f	%
25. ¿Las relaciones íntimas han sido difíciles para usted?	f	%
1) Siempre	21	70.0
2) Casi siempre	1	3.3
3) Muchas veces	4	13.3
4) Nunca	4	13.3
26. Tengo o tuve problemas para conseguir o mantener un trabajo/ funcionamiento como ama de casa?	f	%
1) Siempre	1	3.3
2) Casi siempre	5	16.7
3) Muchas veces	19	63.3
4) Nunca	5	16.7

Nota: : (LTQOL-BC) Martínez-López 2022 n=30

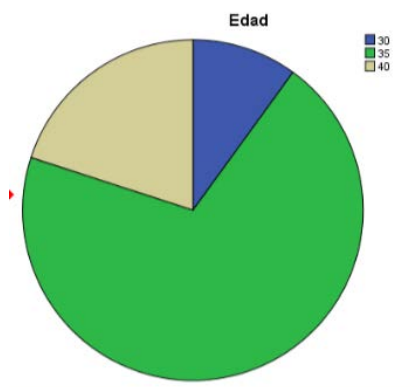
En la tabla 4 se muestran los resultados de la escala de cáncer de mama de calidad de vida a largo plazo (LTQOL-BC) n donde prevalece de mayor manera que a muchas mujeres les ha afectado su calidad de vida padecer cáncer de mama con un 63.3%, levemente con un 33.3% y nada con un 3.3%.

Tabla 4

Escala de cáncer de mama de calidad de vida a largo plazo (LTQOL-BC)

Que tanto ha afectado el tratamiento de cáncer de mama en su calidad de vida	f	%
Mucho	19	63.3
Leve	10	33.3
Nada	1	3.3

Nota: (LTQOL-BC) Martinez-López 2022 n=30



Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	30	3	10.0	10.0	10.0
	35	21	70.0	70.0	80.0
	40	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



De la variable 2 se puede observar que el 28% de la población femenina fue sometida a una cirugía conservadora y sólo el 2% a una cirugía no conservadora.

Tipo de cirugía

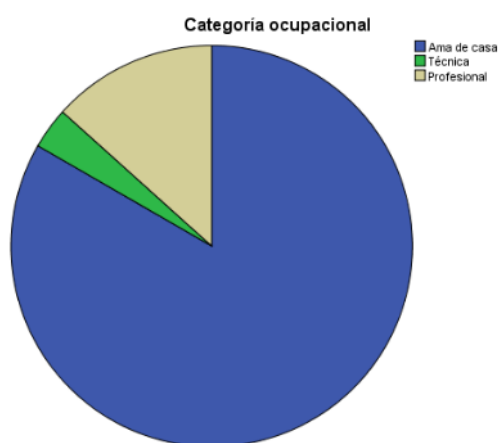
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Conservadora	28	93.3	93.3	93.3
	No conservadora	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



Del ítem 1 en donde se encuentran 4 diferentes niveles de escolaridad se observa un 22% en Preparatoria/Bachillerato de 50/50 encuestas.

Nivel de escolaridad

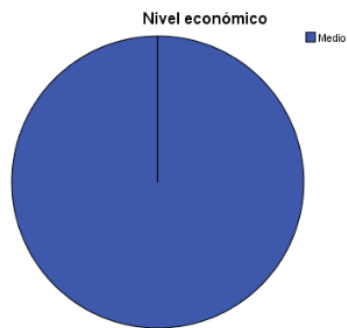
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	7	23.3	23.3	23.3
	Secundaria	9	30.0	30.0	53.3
	Preparatoria/Bachillerato	10	33.3	33.3	86.7
	Universidad	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



Del ítem 2 se observa un 33% en la categoría ocupacional de ama de casa.

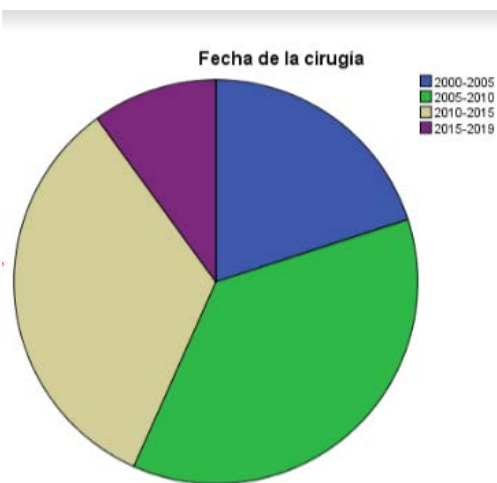
Categoría ocupacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	25	83.3	83.3	83.3
	Técnica	1	3.3	3.3	86.7
	Profesional	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



Del ítem 3 se observa en el nivel económico en un 40% en el nivel medio.

Nivel económico				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Medio	30	100.0	100.0	100.0



En el ítem 4 se observa que un 19% de las mujeres entrevistadas fueron sometidas a una mastectomía entre el 2005-2010.

Fecha de la cirugía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2000-2005	6	20.0	20.0	20.0
	2005-2010	11	36.7	36.7	56.7
	2010-2015	10	33.3	33.3	90.0
	2015-2019	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



En el ítem 5 se observa igualdad del 19% en el inicio de la quimioterapia en los años de 2005-2015.

Fecha de la quimioterapia

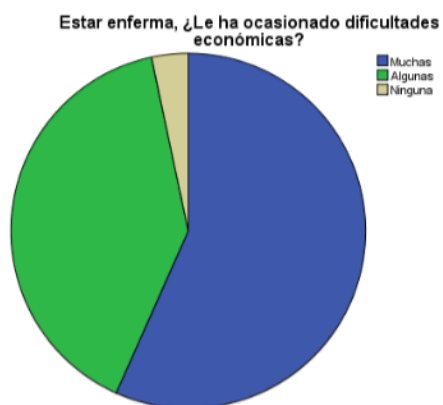
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2000-2005	7	23.3	23.3	23.3
	2005-2010	10	33.3	33.3	56.7
	2010-2015	10	33.3	33.3	90.0
	2015-2019	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



En el ítem 6 se observa que el 28% de las mujeres mastectomizadas refieren que los gastos propios y familiares después de su enfermedad afectaron su nivel de vida.

Los gastos que usted y su familia tienen a causa de la enfermedad, ¿Le afectan el nivel de vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Notablemente, y lo enfrente con mucha dificultad	7	23.3	23.3	23.3
	Lo puede enfrentar con un poco de dificultad	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

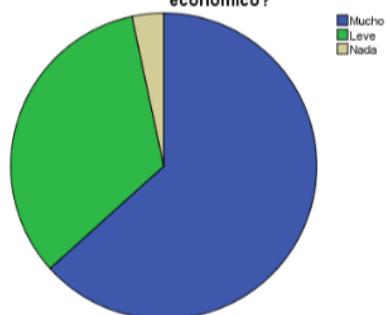


En el ítem 7 se puede observar que el 29% de las mujeres mastectomizadas refieren que el estar enferma le ha ocasionado dificultades económicas.

Estar enferma, ¿Le ha ocasionado dificultades económicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muchas	17	56.7	56.7	56.7
	Algunas	12	40.0	40.0	96.7
	Ninguna	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

¿Qué tanto ha afectado el tratamiento de cáncer de mama en su calidad de vida en cuanto al nivel económico?



En el ítem 8 se observa que el 25% de las mujeres mastectomizadas refieren que el tratamiento del cáncer de mama ha afectado mucho el nivel económico.

¿Qué tanto ha afectado el tratamiento de cáncer de mama en su calidad de vida en cuanto al nivel económico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mucho	19	63.3	63.3	63.3
	Leve	10	33.3	33.3	96.7
	Nada	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

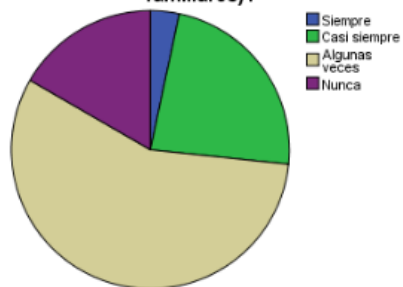


En el ítem 9 se observa que el 27% de las mujeres mastectomizadas entrevistadas hacen menos que antes sus actividades habituales.

¿Con qué capacidad realiza sus actividades habituales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hago menos que antes	16	53.3	53.3	53.3
	Lo hago, pero con más dificultades	13	43.3	43.3	96.7
	Las hago igual que antes	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

¿Con qué frecuencia la salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (visitar amigos o familiares)?

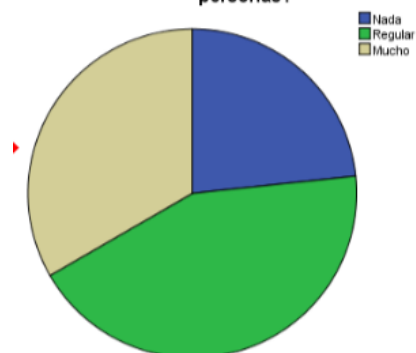


En el ítem 9 se observa que el 27% de las mujeres mastectomizadas los problemas de salud física o problemas emocionales algunas veces le han dificultado sus actividades sociales.

¿Con qué frecuencia la salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (visitar amigos o familiares)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	1	3.3	3.3	3.3
	Casi siempre	7	23.3	23.3	26.7
	Algunas veces	17	56.7	56.7	83.3
	Nunca	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

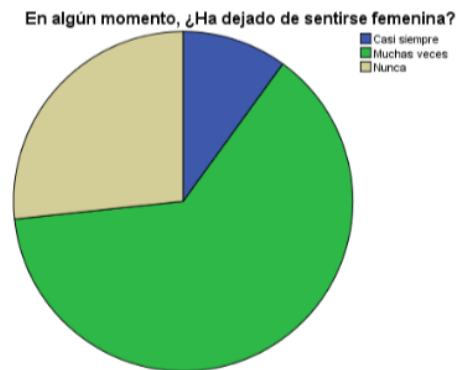
¿Hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, con la familia, amigos, vecinos u otras personas?



En el ítem 10 se observa que el 24% de las mujeres mastectomizadas su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, amigos o vecinos de manera regular.

¿Hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

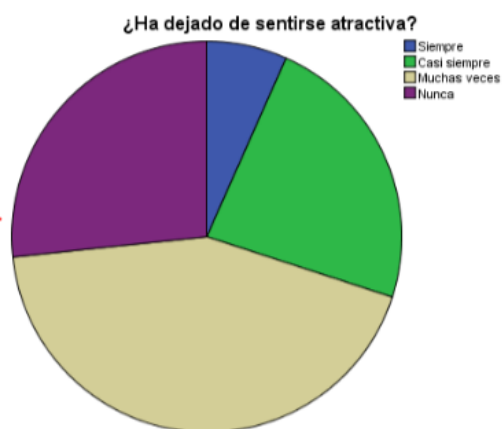
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	7	23.3	23.3	23.3
	Regular	13	43.3	43.3	66.7
	Mucho	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



En el ítem 11 se observa que muchas veces las mujeres mastectomizadas se han sentido una mujer incompleta con un porcentaje de 28%.

En algún momento, ¿Ha dejado de sentirse femenina?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	3	10.0	10.0	10.0
	Muchas veces	19	63.3	63.3	73.3
	Nunca	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



En el ítem 12 se observa que el 28% de las mujeres mastectomizadas muchas veces han dejado de sentirse atractivas.

¿Ha dejado de sentirse atractiva?

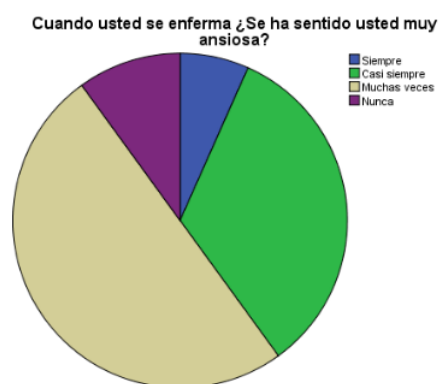
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	2	6.7	6.7	6.7
	Casi siempre	7	23.3	23.3	30.0
	Muchas veces	13	43.3	43.3	73.3
	Nunca	8	26.7	26.7	100.0
Total		30	100.0	100.0	



En el ítem 13 se observa que el 27% de las mujeres muchas veces se han sentido una mujer incompleta.

En algún momento, ¿Ha dejado de sentirse una mujer incompleta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	1	3.3	3.3	3.3
	Casi siempre	5	16.7	16.7	20.0
	Muchas veces	17	56.7	56.7	76.7
	Nunca	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



En el ítem 14 se observa que el 29% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se han sentido ansiosa en cuando enferman.

Quando usted se enferma ¿Se ha sentido usted muy ansiosa?

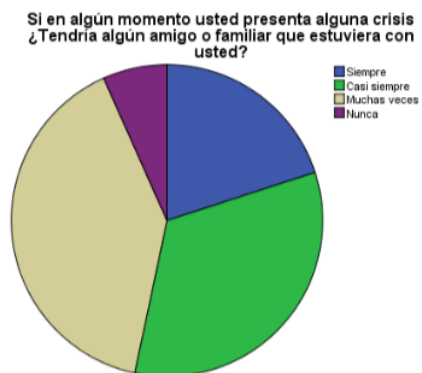
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	2	6.7	6.7	6.7
	Casi siempre	10	33.3	33.3	40.0
	Muchas veces	15	50.0	50.0	90.0
	Nunca	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



En el ítem 15 se observa que el 25% de las mujeres nunca se han sentido solas.

En algún momento, ¿Se ha sentido usted sola?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	4	13.3	13.3	13.3
	Muchas veces	6	20.0	20.0	33.3
	Nunca	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

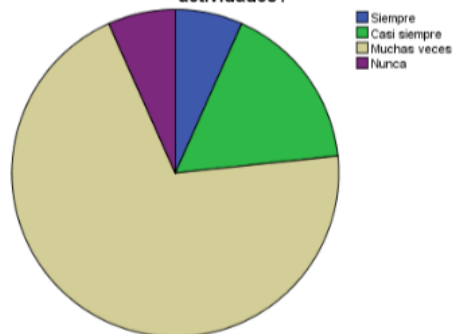


En el ítem 16 se observa que el 29% de las mujeres mastectomizadas casi siempre cuentan con algún ser querido en alguna de sus crisis.

Si en algún momento usted presenta alguna crisis ¿Tendría algún amigo o familiar que estuviera con usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	6	20.0	20.0	20.0
	Casi siempre	10	33.3	33.3	53.3
	Muchas veces	12	40.0	40.0	93.3
	Nunca	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

¿Se ha sentido insegura para realizar algunas actividades?



En el ítem 17 se observa que el 24% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se sienten inseguras al realizar sus actividades.

¿Se ha sentido insegura para realizar algunas actividades?

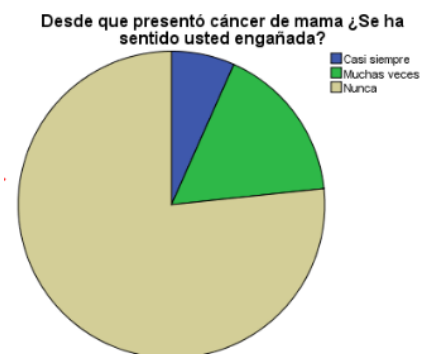
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	2	6.7	6.7	6.7
	Casi siempre	5	16.7	16.7	23.3
	Muchas veces	21	70.0	70.0	93.3
	Nunca	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



En el ítem 18 se observa que el 28% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se han sentido físicamente fuertes.

¿Se ha sentido usted físicamente fuerte?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	4	13.3	13.3	13.3
	Casi siempre	7	23.3	23.3	36.7
	Muchas veces	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

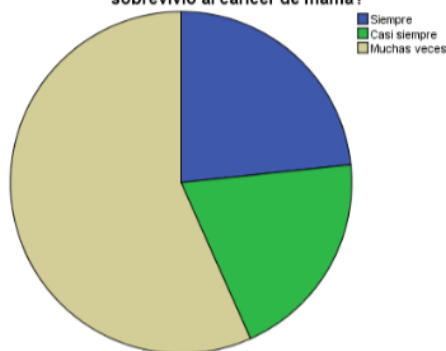


En el ítem 19 se observa que el 24% de las mujeres mastectomizadas nunca se han sentido engañadas luego de presentar cáncer de mama.

Desde que presentó cáncer de mama ¿Se ha sentido usted engañada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	2	6.7	6.7	6.7
	Muchas veces	5	16.7	16.7	23.3
	Nunca	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

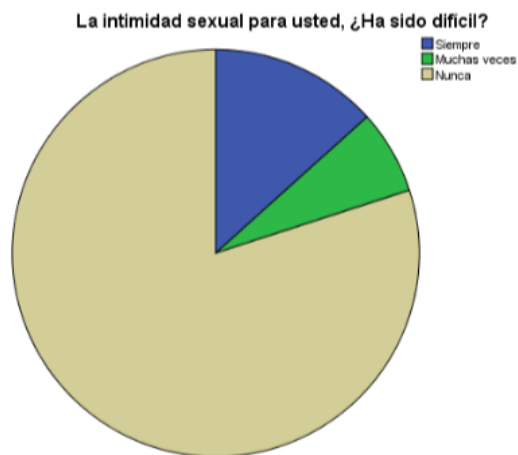
¿Se considera usted una persona más fuerte desde que sobrevivió al cáncer de mama?



En el ítem 20 se observa que el 25% de las mujeres mastectomizadas muchas veces se han considerado más fuertes después de sobrevivir al cáncer de mama.

¿Se considera usted una persona más fuerte desde que sobrevivió al cáncer de mama?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	7	23.3	23.3	23.3
	Casi siempre	6	20.0	20.0	43.3
	Muchas veces	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



El ítem del 20%, se puede observar que la actividad sexual para las mujeres entrevistadas nunca ha sido fácil por lo que refiere un 22% de la población entrevistada.

La intimidad sexual para usted, ¿Ha sido difícil?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	4	13.3	13.3	13.3
	Muchas veces	2	6.7	6.7	20.0
	Nunca	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

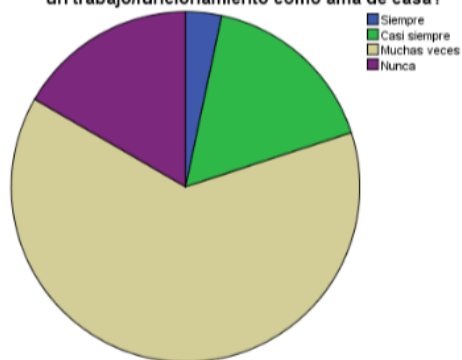


El ítem del 19%, se presenta en la gráfica que el 23% de las mujeres entrevistadas siempre ha sido difícil tener relaciones íntimas.

Las relaciones íntimas ¿Han sido difíciles para usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	21	70.0	70.0	70.0
	Casi siempre	1	3.3	3.3	73.3
	Muchas veces	4	13.3	13.3	86.7
	Nunca	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

¿Tengo o tuve problemas para conseguir o mantener un trabajo/funcionamiento como ama de casa?



El ítem del 20%, se presenta en la siguiente grafica que las mujeres entrevistas con un 35% muchas veces tienen problemas para conseguir o mantener un trabajo /funcionamiento como ama de casa.

¿Tengo o tuve problemas para conseguir o mantener un trabajo/funcionamiento como ama de casa?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	1	3.3	3.3	3.3
	Casi siempre	5	16.7	16.7	20.0
	Muchas veces	19	63.3	63.3	83.3
	Nunca	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

De acuerdo a lo dicho en el marco teórico se confirma con los resultados, ya que la mayoría de las mujeres si se encuentran en una situación en la cual no se sienten seguras de sí mismas y si le ha presentado dificultades en la vida diaria, pero es algo que volverían a hacer ya que se encuentra en peligro su vida, de igual forma el apoyo es muy importante para el estado de ánimo de estas mujeres ya que según los resultados la mayoría presenta apoyo, ya sea de la familia o amistades y de acuerdo con lo mencionado en el marco teórico esto es muy importante para que las mujeres superen esta etapa.

En los resultados de las encuestas recabadas respecto a si las mujeres se veían afectadas íntimamente o sexualmente nos arrojó un resultado de Siempre con un 70.0 %, basándonos en el estudio de María Elena Mejía” Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en cali-colombia” donde los resultados fueron similares ya que la mayoría de mujeres contestaron que Mayormente se han sentido intimidadas o inseguras al estar con sus conyugues.

En los resultados de las encuestas recabadas respecto a hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales nos arrojo un resultado de Mucho con el 33.3% donde nos da la misma conclusión que en el estudio de Julia Schnhermel “Mujeres con cáncer de mama :apoyo social y autocuidado percibido” donde nos habla de que la mayoría de mujeres dice que las ha afectado socialmente el padecer cáncer de mama pero también las impulsa a mejorar su estilo de vida y autocuidado.

También comparamos nuestros resultados con los resultados del estudio de J Jesus Medina Valencia “ Calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama cirugía radial versus cirugía conservadora” donde nos cuestiona si las mujeres prefieren que sea una cirugía

radial con un 45.5% y una cirugía conservadora con 42.7 donde en esta investigación nos arrojó un resultado de 93.3 una cirugía conservadora, y 6.7 no conservadora; ya que la mayoría de nuestras encuestadas prefieren seguir un tratamiento conservador que no afecte su calidad de vida económica, social y emocional.

Se evidencio con la realización de las encuestas y de los resultados que muchas veces las mujeres que presentan este tipo casos necesitan mucho apoyo psicológico pero primordialmente de la familia es importante en la calidad de vida teniendo en cuenta de apoyo comprensión que demandan estas mujeres de las personas más importantes en sus vidas ,sobre todo de su esposo , ya que representa un estímulo y aliento constante para sobreponerse a la crisis que en pocas ocasiones genera el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad .Se puede denotar que hoy en día la mayoría de la mujeres ha incrementado una taza alta de la mutilación de senos por cáncer de mama y la edad por la que se presenta esta situación respecto al resultado de la entrevista es de 35 años.

Se comprobó que la mayor cantidad de mujeres presentan algunas limitaciones físicas que le impidan realizar sus actividades como normalmente las realizaban, es importante tener en cuenta que ante una enfermedad los pacientes sufren una alteración en sus relaciones del individuo y el medio.

CONCLUSIÓN

La conclusión de esta investigación es que las mujeres luego de ser sometidas en este tratamiento tan impactante física y mentalmente se llegan a pensar que caen en un periodo de depresión, y si, es así, ellas llegan a sentirse poco femeninas, llega a causar inseguridad en las AVD, pero con el apoyo emocional de su pareja en dado caso de tener o de las personas que las rodean le es de mucha ayuda para superar este duelo.

Con la realización de este trabajo nos pudimos dar cuenta que el impacto psicológico en las mujeres se basa mucho en el apoyo emocional que tengan en casa ya que el tema de mastectomía es muy importante el cual como mujer en algunos casos se puede denotar que la apariencia es muy importante, por lo que dicha mutilación desemboca muchos conflictos ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de la mujer, feminidad. Sin duda alguna el apoyo que se puede obtener de los miembros de familia en estos casos es muy importante lo que en este tipo de casos las mujeres que presenten mastectomía no se sentirán solas, si no por lo contrario tendrán el apoyo lo que a la vez su estado emocional no estará por bajo y así ayudaran a que su impacto psicológico sea el adecuado para poder controlar esta situación.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se pueden aportar después de esta investigación son las siguientes:

- Incrementar en el servicio de salud servicios de apoyo psicológico para que las pacientes puedan superar este duelo de una forma más rápida y eficaz, involucrando a las personas que la rodean ya sea familia o amistades.
- Incrementar pláticas de apoyo para que las mujeres de la comunidad tengan el conocimiento adecuado a acerca de las consecuencias que puede traer el cáncer de mamá y cómo influirá en su vida, así como ayudar a fomentar que tengan más presente su salud.

- Informar a este tipo de mujeres sobre sistemas de apoyo psicológicos que existen en algunos sistemas de salud.

Apéndice A



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería

Título del Proyecto: “Calidad de vida en mujeres post-operadas de mastectomía”

Investigador Responsable: Yenni Yulisa Lopez Herrera, Martha Karen Martínez Rivera.

Prologo: Estamos interesados en identificar la calidad de vida en mujeres post-operadas de mastectomía. Por tal motivo se le invita a participar en el estudio que forma parte de la tesis de Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Propósito del Estudio: El propósito de esta investigación es Identificar la calidad de vida en mujeres post-operadas de mastectomía. La información que nos brinde será de gran utilidad debido a que, en función de ella, se contribuirá en el vacío del conocimiento, y en la generación de futuras investigaciones.

Descripción del Estudio: Si usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, se le proporcionará una cédula de datos personales y un instrumento los cuales se le serán aplicados dentro de la institución en un área designada para que sean contestados con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde lleva acabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos serios relacionados con la participación en el estudio. Si usted se sientes incómodo, incapacitado o simplemente no deseas seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: En el presente estudio no existe un beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar el conocimiento sobre la calidad de vida en mujeres post-operadas de mastectomía.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para Uso y Distribución de la Información: La única persona que conocerá será el responsable del estudio. Es importante mencionar que la información recabada será uso exclusivo por el investigador y no serán difundidos los resultados a otras personas no autorizadas. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicara información individualizada de cada participante.

Derecho de Retractar: La participación en el estudio es voluntaria, y la decisión de participar o no, no afecta la relación actual con la institución. Si decide participar, tendrá la libertad de retractarte en el momento en que lo decida.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a Licenciatura en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Nombre y firma del Participante

Nombre y Firma del Primer
Testigo

Yenni Yulisa Lopez Herrera, Martha Karen Martínez
Rivera.
Autor de la Investigación

Nombre y Firma del Segundo
Testigo

(CDPCPTH) (Lopez-Herrera, Martínez-Rivera 2022)

II. Datos Clínicos

Valoración al iniciar del tratamiento de mastectomía.

1. Peso (kg): _____ 2. Talla (mts) _____
3. IMC (Kg/m²): _____ 4. Presión arterial: _____
5. Presión arterial media: _____ 6. Frecuencia Cardiaca: _____
7. Glucemia capilar al ingreso: _____

Valoración al finalizar tratamiento de mastectomía.

1. Peso (kg): _____ 2. Talla (mts) _____
3. IMC (Kg/m²): _____ 4. Presión arterial: _____
5. Presión arterial media: _____ 6. Frecuencia Cardiaca: _____

Apéndice C



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería

Fecha de la entrevista: _____
Edad: _____

1.-Estado civil:

a) Casada b) Divorciada c) Viuda d) Soltera

2.-Nivel de escolaridad:

a) Primaria b) Secundario c) Preparatoria/Bachiller d) Universidad
e) Carrera trunca

3.-Categoría ocupacional:

a) Ama de casa b) Obrera c) Técnica d) Profesional

4.-Nivel económico:

a) Bajo b) Medio c) Alto

5.-Fecha de la cirugía:

a) 2000-2005 b) 2005-2019 c) 2010-2015 d) 2015-2018

6.-Fecha de inicio de la quimioterapia:

- a) 2000-2005 b) 2005-2019 c) 2010-2015 d) 2015-2018

7.- Tipo de cirugía:

- a) Conservadora b) No conservadora

8.- ¿Los gastos que usted y su familia tienen a causa de la enfermedad, le afectan el nivel de vida?

- a) Notablemente, y lo enfrenta con mucha dificultad b) Lo puede enfrentar con un poco de dificultad
b) c) No le afecta en lo absoluto.

9.- ¿Estar enferma le ha ocasionado dificultades económicas?

- a) Muchas b) Algunas d) Ninguna

10.- ¿Que tanto ha afectado el tratamiento de cáncer de mama en su calidad de vida en cuanto el nivel económico?

- a) Mucho b) Leve c) Nada

11.- ¿Con qué capacidad realiza sus actividades habituales?

- a) Ya no puedo hacer nada b) Hago menos que antes c) Las hago, pero con más dificultades
c) Las hago igual que antes

12.- ¿Con qué frecuencia la salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (visitar amigos o familiares)?

- a. Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces
e) Nunca

13.- ¿Hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

- a) Nada b) Regular c) Mucho

14.- ¿En algún momento ha dejado de sentirse femenina?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

15.- ¿Ha dejado de sentirse atractiva?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

16.- ¿En algún momento se ha sentido una mujer incompleta?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

17.- ¿Cuándo usted se enferma se siente muy ansiosa?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

18.- ¿En algún momento se ha sentido usted sola?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

19.- Si en algún momento usted presenta alguna crisis ¿Tendría algún amigo o familiar que estuviera con usted?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

20.- ¿Se ha sentido insegura para realizar algunas actividades?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

21.- ¿Se ha sentido usted físicamente fuerte?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

22.-Desde que presentó cáncer de mama se ha sentido usted engañada?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

23.- ¿Se considera una persona más fuerte desde que sobrevivió al cáncer de mama?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

24.- ¿La intimidad sexual para usted ha sido fácil?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

25.- ¿Las relaciones íntimas han sido difíciles para usted?

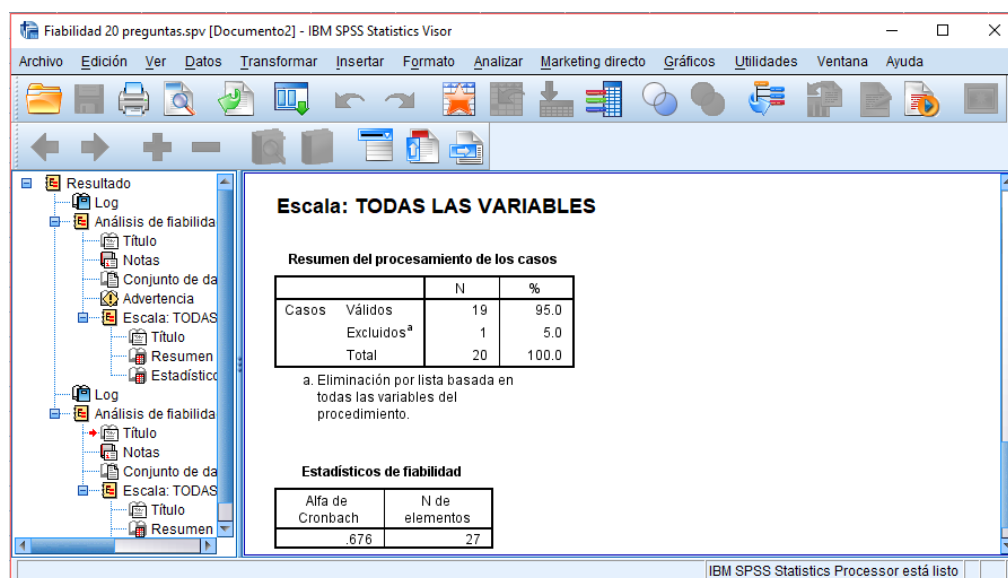
- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

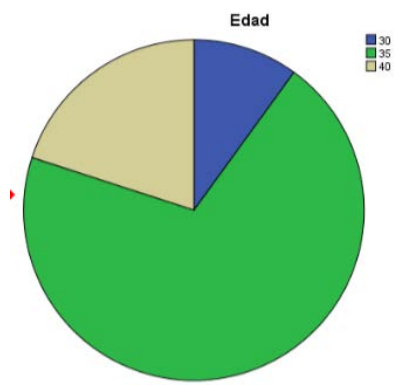
26.- ¿Tengo o tuve problemas para conseguir o mantener un trabajo / funcionamiento como ama de casa?

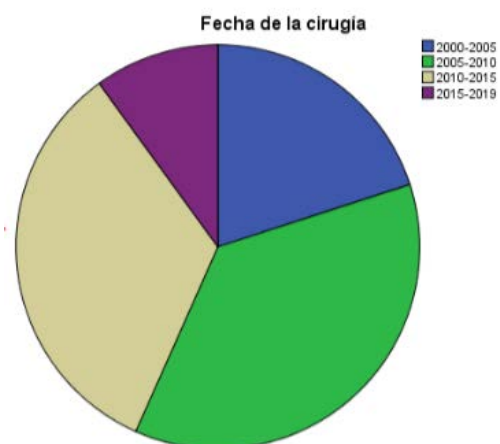
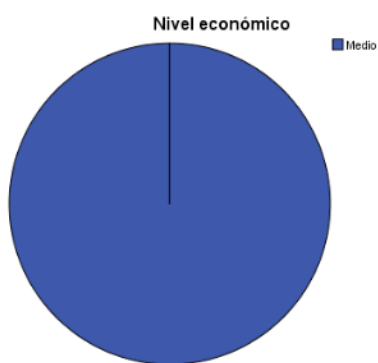
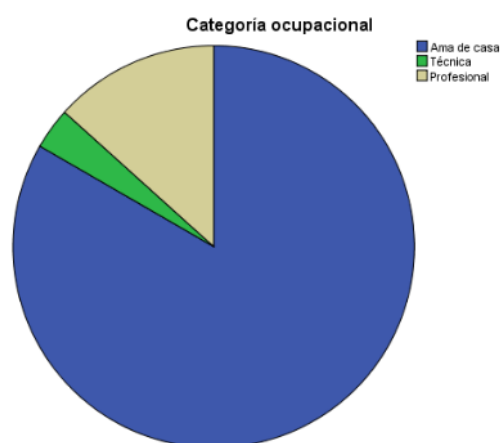
- a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Nunca

Apéndice D

Tablas y gráficas







REFERENCIAS

1. Villegas Moreno, M. (2013). Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. In: Revista académica e institucional de la UCPR, 83rd ed. Risaralda: Dialnet, pp.39-61.
2. Martinez Basurto, A., Lozano Arrazola, A., Rodriguez Velazquez, A., Galindo Vázquez, O. and Alvarado Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y mastectomía. In: ElSevier, 1st ed. México, D.F: Gaceta Mexicana de Oncología, pp.54-57.
3. López Cuevas, Z., Gonzáles Ortega, J., Gómez Hernández, M. and Morales Wong, M. (2013). Impacto psicológico y social de mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. In: Revista Médica Electrónica, 2nd ed. Cuba: InfoMed, pp.3-11.
4. Hundelhausen, M., Julio Porto, A., Meza Ricardo, E., Perez Giraldo, K. and Ripoll Leones, A. (2015). CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS EN DOS INSTITUCIONES DE CARTAGENA EN EL AÑO 2015. Licenciatura. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
5. Mendoza Jimenez, G. (2017). CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL AREA ONCOLOGICA DE UN HOSPITAL NACIONAL MARZO – JULIO 2017. Licenciatura. Universidad Cayetano Heredia.
6. Sánchez Sánchez, T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2015; 36(1):62-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77834057008>
7. Troudy El Troudi, M., Duque, L., Duque Ortiz, J., Angulo, B., Portilla, J. and Ramirez Daza, D. (2016). Mastectomía radical con reconstrucción inmediata en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo junio 2012-abril 2015. In: ElSevier, 3rd ed. Chile: Revista Chilena de Cirugía, pp.234-246.
8. Valderrama Rios, M. and Sánchez Pedraza, R. (2017). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en

- estadio localmente avanzado o diseminado. In: ScienceDirect, 4th ed. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría, pp.2-4.
9. Marín Ramón, T. and Torres Sarango, M. (2015). IMPACTO DE LA MASTECTOMÍA EN EL AUTOCONCEPTO DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. Licenciatura. Universidad de Cuenca.
 10. Organización Mundial de la Salud (2021).Cáncer de mama. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
 11. Omar Bazan Morales. (2017). Comité de ética en investigación. Retrieved August 26, 2022, from Sitio Web del Comité de ética en investigación website: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>
 12. Marcos Espino, M. P., & Tizón Bouza, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168–177. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2013000400005>

