



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“ACEPTACION DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON
MASTECTOMIA TOTAL EN EL EN EL HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI- LIMA 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**

BACHILLER: SOLIS ROMAN, IRIS ROCIO

LIMA-PERU

2017

**“ACEPTACION DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON
MASTECTOMIA TOTAL EN EL EN EL HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI- LIMA 2015”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el en el hospital Edgardo Rebagliati- Lima 2015. Aplicando la teoría de Nola Pender. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 24 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Físico, psicológico, Social. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 6,9 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio.

PALABRAS CLAVES: *Aceptación de la imagen corporal, mujeres con mastectomía total, Físico, social, psicológico.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine of body image acceptance of women with total mastectomy at the Edgardo Rebagliati Lima Hospital 2015. Applying the Nola Pender theory. It was a cross - sectional descriptive research, we worked with a sample of 24 patients, to collect the information we used a questionnaire of multiple alternative of 18 items, organized by the dimensions: Physical, psychological, Social. The validity of the instrument was performed by the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0.871); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 6.9 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of acceptance of the body image of women with total mastectomy at the Edgardo Rebagliati hospital is Medium.

KEY WORDS: Acceptance of body image, women with total mastectomy, Physical, social, psychological.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

3

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudios

3

1.5. Limitaciones

4

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

5

2.2. Base teórica

7

2.3. Definición de términos

53

2.4. Hipótesis

54

2.5. Variables

54

2.5.1. Definición conceptual de las variables

54

2.5.2. Definición operacional de las variables

54

2.5.3. Operacionalización de la variable

55

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	56
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	56
3.3. Población y muestra	57
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	57
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	58
3.6. Plan de recoleccion y procesamiento e datos	58
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS	 60
 CAPÍTULO V: DISCUSION	 65
 CONCLUSIONES	 67
 RECOMENDACIONES	 68
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 69
 ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

El Cáncer es uno de los problemas de Salud pública que a nivel mundial ha despertado mayor interés a la comunidad científica en la búsqueda por encontrar el tratamiento efectivo para el control de su avance y curación; toda vez que en los últimos años ha ocasionado una alta tasa de morbilidad a nivel mundial, sobre todo el cáncer de mama en la mujer, siendo la cirugía el tratamiento curativo más utilizado teniendo en cuenta el estadio en que se encuentra la enfermedad, considerándose la mastectomía, como el tratamiento electivo que ocasiona serias modificaciones en la imagen corporal de la paciente; el cual repercute en la dinámica familiar, laboral, personal, entre otras, trayendo como consecuencia cambios en la esfera física, psicológica y social, derivado de la incapacidad para adaptarse a las modificaciones que trae consigo, observándose en los servicios de oncología que las pacientes frente a la inminente intervención quirúrgica tienden a llorar, aislarse, mostrarse ansiosas, con miedo, temor; requiriendo por consiguiente de un soporte familiar y/o profesional que le ayuden a aceptarse a si misma, adaptarse y afrontar la nueva situación.

El presente estudio: “ACEPTACION DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON MASTECTOMIA TOTAL EN EL EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI- 2015”, tiene como objetivo determinar la aceptación de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal, con el propósito de proporcionar un marco de referencia a la Institución hospitalaria, para la formulación y/o elaboración de Programas de Autoayuda y Rehabilitación a la paciente mastectomizada lideradas por Enfermeras, con la finalidad de favorecer su inserción en la sociedad y mejorar su calidad de vida. Asimismo promover a que las instituciones formadoras de profesionales de enfermería incorporen contenidos con el fin de brindar una atención más humana con enfoque humanístico integral, asegurando de esta manera la salud física y mental de la paciente y familia.

Consta de: Capítulo I Introducción, en el cual se expone el Planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición

operacional de términos. Capítulo II Material y Método, en el que se incluye nivel, tipo y método, descripción del área, población, técnica e

Instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III Resultados y Discusión. Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años uno de los más grandes problemas de Salud Pública que afronta la comunidad científica en su afán por encontrar una alternativa terapéutica curativa son las enfermedades oncológicas, el cual constituye una de las principales causas de muerte. Tal es el caso que de los 58 millones de muerte que se registran en el mundo, en el 2005, 7.6 millones (13%) se debieron al cáncer. De las cuales más del 70% de las muertes por cáncer registradas se produjeron en países de bajo y mediano ingreso. (1)

Dentro de las enfermedades oncológicas, tenemos que una de las más prevalentes es el cáncer de mama, considerándola entre la población femenina como la segunda causa de muerte, el cual se refleja en el hecho de que en “América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad”. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen 3 mujeres víctimas del cáncer de mama. (2)

En el Perú el cáncer es la tercera causa de muerte, después de las Enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas. Siendo el

cáncer de mama la segunda causa de muerte en mujeres, luego del cáncer uterino. Sin embargo, en Lima Metropolitana constituye la primera causa con una incidencia aproximada de 32 por 100 000 mujeres. (3)

Hablar de cáncer es siempre una situación seria, sin embargo, y aunque quizá la mayoría de las mujeres no lo admitan, el cáncer de seno es Especialmente aterrador porque se enfrenta a la posibilidad de la mutilación. Y aunque, algunas personas consideran que es mejor vivir sin algún miembro del cuerpo que no vivir, la realidad es que los senos son una parte muy importante en la anatomía femenina.

Dentro de los diferentes tratamientos a los que son sometidas las Mujeres que padecen cáncer de mama, la mastectomía constituye el tratamiento de elección para controlar la enfermedad en estadíos I y II. Según datos de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el 70% de mujeres sometidas a extirpación de mamas –la innombrable mastectomía- como consecuencia de un cáncer, experimentan algún tipo de trastorno mental: ansiedad y depresión que, en los casos más extremos, pueden terminar en suicidio. (4)

En la experiencia durante la práctica hospitalaria se ha podido

Observar que las pacientes luego de ser sometidas a una mastectomía producto del cáncer desarrollan sentimientos de: ansiedad, temor, tristeza, manifestados por llanto, aislamiento. Al interactuar manifiestan las siguientes expresiones: ¡No puede ser!, ¡No lo puedo creer!, ¿por qué me tuvo que pasar a mí?, ¿y después que me va a pasar?, ¡ya no voy a ser la misma?, ¡siento un vacío!, ¡y mi esposo sentirá este vacío?, ¿mi pareja me abandonará?, ¿yo era tan feliz con mi pareja y ahora cómo será?, ¡ya no le voy a gustar como mujer!, ¿y mi trabajo?, ¡mis compañeras se van a

burlar de mí?, ¡ya no quiero trabajar!, ¡no quiero hablar del tema!, entre otras expresiones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a esta situación se ha creído conveniente realizar un estudio sobre:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es la aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el en el hospital Edgardo Rebagliati- Lima 2015?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

1.3.1. Objetivo general

- ✓ Determinar la aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el en el hospital Edgardo Rebagliati- Lima 2015

1.3.2 Objetivo específicos

- Determinar la aceptación corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto físico, en el hospital Edgardo Rebagliati- Lima 2015,
- Determinar el nivel de aceptación corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto psicológico, en el hospital Edgardo Rebagliati- Lima 2015
- Determinar la aceptación corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto social, en el hospital Edgardo Rebagliati- Lima 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El propósito está orientado a que con los hallazgos obtenidos se proporcione información real del problema a la institución que sirva como marco de referencia, para la formulación y/o

elaboración de Programas de Autoayuda y Rehabilitación a la paciente mastectomizada lideradas por Enfermeras, con la finalidad de favorecer su inserción en la sociedad y mejorar su calidad de vida.

Asimismo que las instituciones formadoras de profesionales de enfermería incorporen contenidos al respecto con el fin de brindar una atención más humana con enfoque humanístico integral, asegurando de esta manera la salud física y mental de la paciente y familia, contribuyendo a disminuir las complicaciones psicosociales derivadas de los efectos de la mastectomía sobre la esfera biopsicosocial, y mejorar su calidad de vida.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación podría ser la poca colaboración de los pacientes ya que son pacientes mastectomizadas y se encuentran adoloridas y no desean dar su tiempo para la aplicación de la encuesta.

Será necesaria la participación y consentimiento de las mujeres las cuales se pueden negar a participar por sentirse incomodas en la ejecución del trabajo de investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Pamela Alejandra Araya Aburto, Ángela Lucía Yáñez Yáñez, en El 2010, en Chile, realizó un estudio sobre: “Evaluación de la Calidad de Vida de pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer”, cuyo objetivo fue: describir la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer. El método utilizado fue el descriptivo. La población estuvo conformada por 159 pacientes. El instrumento utilizado fue el cuestionario Short-Form Health Surveyversion 2 (SF-36v.2), adaptado para Chile. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“existe una tendencia de medias mayores en el componente físico en pacientes jóvenes .en las que no presentaron comorbilidad por el contrario en el componente mental esta tendencia apunta a las de mayor edad las que tenían además otras patologías.”

Romas, Monet y Tisis, en el 2011, en Francia, realizaron un estudio sobre “Impacto de la mutilación causada por una mastectomía radical en la imagen corporal, auto-representación e identidad femenina de pacientes de cáncer de seno”, cuyo objetivo fue determinar el impacto de la mastectomía radical en la imagen corporal, auto-representación e identidad femenina de pacientes de cáncer de seno. El método utilizado fue el descriptivo. La población estuvo conformada por 52 pacientes. El instrumento utilizado fue el cuestionario tipo Rorschach, examen psiquiátrico y otros test. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron: “las pacientes mastectomizadas experimentaron auto representación regresiva, negativa, rechazo, ansiedad de castración .negación y miedo de ser abandonadas por su pareja.

Priscila Andrea Narváez Pinochet, en el 2009, en Valdivia - Chile, realizaron un estudio sobre: “Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama, en el Hospital Clínico Regional de Valdivia” El cual tuvo como objetivo: Comprender las vivencias que experimentan las mujeres con diagnóstico reciente de Cáncer de Mamas en su entorno biopsico social. El tipo de investigación es cualitativa de trayectoria fenomenológica. La población estuvo conformada por 8 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario con preguntas porteadoras y la técnica de entrevista. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron: “la mastectomía juega un rol fundamental en este dificultoso proceso, las mamas representan para la mujer en general, símbolos primarios de feminidad de maternidad y su pérdida puede conducir a alteraciones en la esfera psicológica, social y sexual.”

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Eliana Missiaggia, en el 2010, en Lima realizó un estudio sobre:

“Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación, en el “hospital nacional Edgardo Rebagliati cuyo objetivo fue: Describir la calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con intervención quirúrgica radical y de conservación. El método utilizado fue el La población estuvo conformada por 70 pacientes, de las cuales la mitad fue intervenida con cirugía radical y la otra mitad con cirugía conservadora. El instrumento utilizado fueron las pruebas IMEC y EORTC-QLQ-30. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“La mastectomía por ser una experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que la sufre dificultando la integración mental de la misma ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de la pérdida.”

2.2 BASE TEÓRICA

Con la finalidad de dar sustento a los hallazgos se presenta a continuación la base teórica.

2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CANCER DE MAMA

Uno de los problemas de salud pública que en los últimos años ha causado gran preocupación a la comunidad científica está dado por las enfermedades neoplásicas, dentro de los cuales el cáncer de mama constituye una de las enfermedades de mayor incidencia que se

caracteriza por el crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido.

El cáncer es una enfermedad que cada año cobra miles de vidas en el país. Así lo demuestra un reporte del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el que se indica que cada año se diagnostican entre

38 mil y 40 mil nuevos casos de cáncer y cerca de 15 mil peruanos mueren como consecuencia de los distintos tipos de neoplasias. (13)

El cáncer constituye la tercera causa de muerte, después de las Enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas, convirtiéndose

Rápidamente en un importante problema de salud pública para el mundo subdesarrollado; los cuales deben enfrentar el problema del cáncer teniendo en cuenta sus propias realidades sociales y económicas. Para abundar más, la mayor proporción de la incidencia global -61% de los casos de cáncer-, corresponde a los países del mundo en desarrollo disponiendo solamente del 5% de los recursos económicos para atender las necesidades de su población. (14)

En cuanto a la epidemiología el cáncer de la glándula mamaria

Constituye una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer, causante de una alta tasa de mortalidad. En 1996, en Estados Unidos (EEUU) se presentaron 183 000 nuevos casos y 46 000 muertes por cáncer de mama. (15)

En Perú, según el registro del año 1978, el cáncer de mama ocupaba el tercer lugar en incidencia y mortalidad después del cáncer de cuello uterino y cáncer de estómago. En 1991 ocupa el segundo lugar, y en 1998, el cáncer de mama ha pasado a ocupar el primer lugar en incidencia y mortalidad en el Departamento de Lima, seguido por el cáncer de cuello uterino y cáncer

gástrico (fuente: Registro de cáncer de Lima Metropolitana) (16). Santos Ortiz precisó que en provincias, la neoplasia de cuello uterino es la más frecuente, mientras que en Lima, el cáncer de mama ocupa el primer lugar. Sin embargo, dijo que en nuestro país, dentro de las muertes por cáncer, primero se ubica la neoplasia de mama, luego la de estómago y en tercer lugar la de cuello uterino (17)

Un grave problema en nuestro medio constituye el diagnóstico tardío de la enfermedad. En el Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Lima, solo el 10% de las pacientes tiene un cáncer precoz (estadios clínicos 0 y I), el 42% acude en estadio II y el 48% restante en estadios inoperables III y IV (18).

2.2.2. ETIOLOGÍA

La razón específica por la cual se produce cáncer de seno permanece desconocida. Pero, estudios genéticos en los últimos años auguran mayor comprensión de la enfermedad. El cáncer de seno, como la mayoría de los tumores malignos, resulta de la acumulación de trastornos genéticos que producen cambios en las células, haciéndolas capaces de proliferar y diferenciarse de manera autónoma, además de ser inmortales, pues las células normales están programadas para morir al cabo de un tiempo determinado, el que se ve postergado por los trastornos genéticos causantes de cáncer. Células con estas características se multiplican indefinidamente, de manera desordenada, generando un tumor.

El cáncer de seno es más frecuente en los países desarrollados y en las áreas urbanas que en las rurales. Ello apunta a factores ambientales y estilos de vida. Pero al mismo tiempo, se ha observado que en 5%-10% de los casos hay historia

familiar, lo cual sugiere una susceptibilidad genética (mutaciones heredadas), que de hecho se han corroborado con el descubrimiento de los genes BRCA-1 y BRCA-2, que con mucha frecuencia se asocian con cáncer de seno y ovario, de presentación familiar.

2.2.3. ESTADIOS DEL CÁNCER

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM: * La letra T, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos

La letra N, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

* La letra M, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a

Otros órganos distantes. La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del 0 al IV.

ESTADÍO 0: CÁNCER DE SENO NO INVASIVO O IN SITU:

Carcinoma Ductal in situ (DCIS): las células cancerosas están localizadas dentro de un conducto y no han invadido el tejido adiposo circundante del seno.

Carcinoma Lobulillar in situ (LCSIC): También se le llama neoplasia lobular y a veces se clasifica como cáncer de seno en etapa 0. Las células anormales crecen dentro

de los lobulillos (glándulas que producen leche), pero no atraviesan las paredes de los mismos. La mayoría de los especialistas en atención de los senos no consideran a este tipo de carcinoma un verdadero cáncer de seno.

ESTADÍO I:

El diámetro del tumor es 2 cm (aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada) o menos y no se ha propagado a los ganglios linfáticos de la axila.

ESTADÍO II:

El tumor mide más de 2 cm. pero no más de 5 cm., se ha propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo en el mismo lado en el que se encontró el cáncer, o ambos. Los ganglios linfáticos no están adheridos entre sí ni a los tejidos circundantes.

ESTADÍO III:

La etapa III está dividida en las sub etapas IIIA y IIIB.

ESTADÍO IIIA:

El o los tumores miden de 5 cm. (más de 3 pulgadas) de diámetro, se han propagado a los ganglios linfáticos (que están adheridos entre sí o al tejido circundante) o ambas situaciones están presentes.

ESTADÍO IIIB:

En esta etapa se incluye al cáncer de seno de cualquier tamaño que se ha propagado a la piel, a la pared del tórax o a los ganglios linfáticos mamarios internos (ubicados debajo de los senos y dentro del tórax).

ESTADÍO IV:

Cáncer que, independientemente de su tamaño, se ha propagado (ha hecho metástasis) a lugares distantes, como huesos o pulmones, o a los ganglios linfáticos alejados del seno.

2.2.4 . REACCIONES EMOCIONALES EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD:

La enfermedad oncológica no se reduce a un momento en la vida de la persona, sino que es un proceso que comienza con el diagnóstico y sigue con los tratamientos. A su finalización, algunas pacientes presentarán remisión de la enfermedad. En otros se producirá una recidiva de la enfermedad (aparición de la enfermedad después de un periodo más o menos largo de remisión). Cuando no puede controlarse la enfermedad y ésta avanza, se llegará a la fase terminal de la misma. A continuación abordamos el impacto y las consecuencias emocionales que cada una de estas fases representa para el paciente.

Diagnóstico: El diagnóstico de cáncer es un hecho altamente estresante para la mayoría de las personas, siendo una de las experiencias más complejas y temidas en nuestra sociedad actual. Es uno de los momentos de mayor tensión, difícil emocionalmente, es el momento donde se confirma la sospecha y la persona se identifica con su papel de enfermo. Preguntas como “¿por qué a mí?”, “¿por qué me pasa esto ahora?”, “¿qué he hecho?”, etc., suelen ser frecuentes en estos momentos. (23)

Ser diagnosticado de cáncer produce una serie de sentimientos que en su inicio son de shock, confusión, negación, incredulidad...que darán paso a otros sentimientos como: incertidumbre, tristeza, rabia, angustia, desamparo.

Las etapas psicológicas por las que pasa una persona cuando tiene que enfrentarse a un diagnóstico de cáncer son similares a las descritas por

E. Kübler-Ross (1975) cuando una persona tiene que enfrentarse a la muerte:

- Negación
- Ira

- Negociación-regateo
- Depresión
- Aceptación.

No siempre se pasa por todas las etapas y el orden puede alterarse, en algunos casos pueden darse simultáneamente, por ejemplo, la rabia y la tristeza. Estas etapas forman parte del proceso de adaptación a la enfermedad y aunque comienzan en el diagnóstico pueden extenderse hasta la fase de tratamiento.

Tratamiento: Las terapias que habitualmente se utilizan en el tratamiento del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia) son agresivas, con múltiples efectos secundarios difíciles de entender por el paciente, puesto que, en algunos casos, a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y psíquico en lugar de una mejoría, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad.

Reacciones emocionales como ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad e invalidez, son consecuencia de los tratamientos. Haremos una breve reseña de los efectos psicosociales de cada tipo de tratamiento:

La Cirugía es un fuerte estresor en si misma, por el miedo a la anestesia, al dolor, a la muerte durante la misma y por sus consecuencias, dependiendo de su localización y de la pérdida funcional correspondiente.

Ejemplo: la mastectomía, entre otras.

La Radioterapia, en general, ocasiona menos problemas psicológicos que la cirugía y la quimioterapia, durante la misma pueden apreciarse respuestas emocionales de carácter ansioso, acompañadas de sentimiento de miedo y hostilidad, como consecuencia del contacto con la

máquina, la forma de administración del tratamiento y el temor a los fallos técnicos.

La Quimioterapia, por sus efectos secundarios, náuseas y vómitos, fatiga, alopecia, neuropatías, anorexia, etc, es normalmente mal tolerada psicológicamente por los pacientes que presentan síntomas de ansiedad, depresión, dificultad de concentración, baja autoestima, entre otros.

En general, los tratamientos afectan al paciente en tres áreas fundamentales de su funcionamiento: social, físico y psicológica, provocando diferentes alteraciones, entre las que cabe destacar:

- Modificación de la vida cotidiana
- Pérdida de control
- Hospitalización
- Sentimientos de ineficacia
- Modificación del funcionamiento profesional
- Amenazas a la autoestima
- Dificultades en las relaciones sexuales

Remisión: La terminación de los tratamientos y la no evidencia de enfermedad es el periodo considerado como remisión o periodo libre de enfermedad.

Físicamente es el momento en que comienza la recuperación; poco a poco van remitiendo los diferentes síntomas que se han podido presentar durante los tratamientos. Esta recuperación en algunas ocasiones no es entendida por el paciente, que piensa que una vez finalizado el tratamiento se va a sentir bien, “como antes”, y esto no es así, es una recuperación más lenta de lo que desearían los enfermos.

En cuanto a los aspectos sociales, existe un cierto temor al rechazo social. Algunos pacientes pueden sentirse diferentes, en cierta forma “estigmatizados” por haber tenido cáncer, lo que puede hacerles sentirse inseguras y tener dificultades en su incorporación laboral y social.

Psicológicamente puede ser un momento problemático. El paso del “status” de enfermo a persona sana no siempre es fácil. En la práctica cotidiana, es frecuente encontrarnos con pacientes que se sienten asustados, indefensos, inseguros, surgen preguntas como ¿y ahora que voy a hacer?, ¿Si me pasa algo a quién se lo digo? Ya no es un enfermo, pero todavía no es una persona “normal”.

Esta fase se caracteriza por sentimientos de vulnerabilidad y de incertidumbre acerca del futuro. Es el momento donde puede aparecer con mayor intensidad el miedo a la recaída, es lo que conocemos como “Síndrome de Damocles”: es una entidad psicológica única en la experiencia de los supervivientes, es el miedo a que la enfermedad vuelva. Este miedo se intensifica cuando el paciente tiene que acudir a las revisiones y se traduce en gran ansiedad, dificultad para concentrarse, para dormir. También el miedo y la ansiedad se intensifican ante cualquier sintomatología física ya que es inevitable asociarlo con la presencia de la enfermedad.

Recidiva: Hablamos de recidiva o recurrencia cuando la enfermedad reaparece tras un intervalo libre de la misma. Esta situación trae consigo grandes repercusiones físicas y sobre todo psicológicas, es el primer signo de que el tratamiento médico está fallando. El paciente

se da cuenta que su situación empeora y que las posibilidades de tratamiento están más limitadas.

Supone comenzar de nuevo los tratamientos, que pueden ser similares o distintos a los ya recibidos, lo que implica volver a pasar por los efectos físicos y psicológicos de los mismos.

Desde el punto de vista psicológico, es una de las situaciones más difíciles de manejar terapéuticamente. Es frecuente encontrarnos a un paciente con rabia, sentimiento de fracaso, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, desconfianza, rasgos depresivos, siendo la indefensión – ante la falta de control de la enfermedad-, y como consecuencia la depresión, las emociones son más predominantes y de mayor intensidad.

Cuando se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes son capaces de afrontar de forma adecuada la situación, poco poco va disminuyendo la intensidad de sus emociones y pueden poner en marcha sus recursos adaptativos. (8)

Terminal: El paciente en fase terminal es aquél con enfermedad avanzada, en progresión y con un pronóstico vital limitado. Los Programas de Cuidados

Paliativos consideran que los parámetros que definen esta fase son: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable; escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo; presencia de problemas o síntomas intensos y pronóstico vital limitado, entre otros).

Los problemas a los que habitualmente se enfrenta el paciente en situación terminal son tanto físico como psico emocionales. En este momento de la enfermedad, como en los

anteriores, tiene que enfrentarse a una serie de situaciones y emociones:- Conciencia de la gravedad de la enfermedad

- La falta de estímulos, de relaciones sociales.

- Aumento de celo, de sobreprotección de los cuidadores.

- “Conspiración de silencio”.

Las reacciones emocionales en esta fase vienen determinadas por la conciencia de la situación que el paciente tenga. El tipo de afrontamiento que se da en cada momento depende de las circunstancias de la enfermedad y de las características del enfermo. Cada persona vive su fin de un modo único que depende no sólo de su personalidad y recursos personales, sino también de las características físicas de la enfermedad, muerte a la que se enfrenta y de los recursos que el entorno cercano le ofrece. En definitiva, la adaptación depende de:

a) Las características del paciente: personalidad pre mórbida, edad, historia de vida y aprendizaje, estilo de vida, enfermedad psiquiátrica previa, etc.

b) Naturaleza de la enfermedad y tipo de muerte: tiempo de evolución, afectación de la autonomía, deterioro de la apariencia personal, síntomas distresantes, dificultades para la comunicación

c) Entorno: atención prestada por la familiar (sobre implicación, no implicación, incapacidad para resolver problemas cotidianos) y equipo asistencial. (9)

Se estima que una gran parte de los pacientes logra adaptarse a la situación de enfermedad y muerte, pero no quiere decir que se consiga fácilmente. El proceso es

doloroso, largo y con dificultades y debe convertirse en objetivo asistencial.

Como vemos, desde el diagnóstico hasta la fase terminal, el paciente oncológico tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes que ocasionan alteraciones emocionales de distinta índole e intensidad. En todo el proceso es fundamental el papel de la familia, el apoyo que pueda proporcionarle, así como el equipo asistencial que atiende al enfermo.

Intervención de Enfermería en las diferentes fases del Cáncer de mama

El objetivo fundamental de las distintas intervenciones de enfermería es que el paciente oncológico mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico. En general, las intervenciones de enfermería que se realizan a lo largo de la enfermedad son múltiples y van encaminadas a ayudar al paciente a afrontar el diagnóstico y los efectos del tratamiento, reducir la ansiedad, disminuir la incertidumbre, aislamiento, indefensión, fomentar una actitud más participativa en la recuperación posterior y clarificar percepciones e informaciones erróneas.

Como conclusión y resumen, recordar el abordaje e intervención de la enfermera en la esfera biopsicosocial en cada una de las fases por las que pasa el enfermo oncológico a lo largo de la enfermedad:

a) Diagnóstico: la tarea más importante es trabajar las creencias negativas del significado de la enfermedad; amortiguar el impacto del diagnóstico; apoyo a las necesidades

emocionales, sociales y espirituales del enfermo y la familia y facilitar la percepción de control sobre la enfermedad.

b) Tratamiento: facilitar la adhesión al tratamiento; tolerancia y control de los efectos secundarios del tratamiento.

c) Remisión: facilitar la expresión de miedo y preocupaciones ante la recaída; proceso de adaptación a la vida cotidiana, familiar y laboral.

d) Recidiva: expresión de las emociones: rabia, tristeza, miedo, etc; trabajar proceso de adaptación al nuevo estadio de la enfermedad.

e) Terminal: colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, detección y afrontamiento de problemas psicológicos como ansiedad, depresión, dificultades en la comunicación entre el enfermo y la familia; detectar y atender las necesidades espirituales, acompañar a la persona en el proceso de morir y con los familiares prevención del duelo patológico.

2.2.5. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN FRENTE AL CÁNCER DE MAMA.

El trabajo del equipo de Watson y Colbs., ayudó a identificar cinco estrategias de afrontamiento y su influencia en la enfermedad, éstas son:

- **Espíritu de Lucha:** el paciente percibe la enfermedad como un desafío y tiene una actitud positiva hacia el resultado. Manifiesta estar dispuesto a hacer todo lo posible por superar la enfermedad y realiza una búsqueda activa de información sobre la misma.
- **Negación:** el paciente evita el impacto de la enfermedad negando la misma y redefine cualquier evidencia sobre su diagnóstico. Los pacientes no muestran o expresan malestar emocional.

- Fatalismo: es una actitud de aceptación pasiva y estoica de la enfermedad. Asumen la escasa posibilidad de control de la enfermedad y la aceptan estoicamente.
- Indefensión y desesperanza (desamparo): el paciente se considera desde el primer momento desahuciado y sobrepasado por la amenaza del cáncer. Ausencia de estrategias activas y de esperanza de salir de la situación.
- Preocupación ansiosa: el paciente se preocupa obsesivamente acerca de lo que puede suceder e identifica sus síntomas como empeoramiento. La búsqueda compulsiva de reasegurarse le lleva a medicinas alternativas.

Este equipo ha publicado un trabajo donde las estrategias de afrontamiento han sido tomadas como un factor pronóstico en la tasa de supervivencia. Tras cinco años de seguimiento de un grupo de 578 mujeres en estadios I y II del cáncer, apuntan a que el riesgo de muerte o recidiva estaba relacionado con altos niveles de depresión y de indefensión- desesperanza. (8)

Watson y Green (1998) en un trabajo recopilatorio de la literatura al respecto, han expuesto la evidencia empírica que apoya que las estrategias de afrontamiento activas, espíritu de lucha y negociación-evitación, están relacionadas con un buen pronóstico de la enfermedad. (9)

Aceptación Psicológica en el Cáncer de Mama

La adaptación al cáncer de mama depende de dos parámetros: uno derivado del paciente y otro de la enfermedad. Los primeros comprenden los factores psicológicos y sociales que son determinados por el paciente y su entorno: los ajustes psicológicos que tiene el paciente antes de la enfermedad, su soporte social, especialmente

su esposo, y su contexto social, son los que contribuyen o alentarán su participación en el proceso de recuperación, especialmente cuando han tenido una experiencia similar. (28)

Los otros factores psicológicos que determinan su ajuste y contribuyen junto con la enfermedad son: la extensión del cáncer, la cirugía, la necesidad de terapia adyuvante, la aplicación de medidas de rehabilitación. Algunas de estas variables contribuyen a la variedad de recursos emocionales de la mujer y al estrés que deben superar en la adaptación al cáncer de mama; las cuales pueden servirle positiva o negativamente.

Toda intervención quirúrgica tiene implicancias psicológicas

(emocionales) más o menos intensas, dependiendo de la personalidad del paciente y del tipo de intervención; las mujeres con cáncer de mama en particular confrontan un doble conflicto por el cual en primer lugar, deben adaptarse a la mutilación del seno, para luego en segunda instancia, adaptarse a la invasión de una enfermedad potencialmente mortal. Dentro de proceso de ajuste posterior a la mutilación, la cual amenaza el núcleo de su orientación femenina, se encuentra que las reacciones más frecuentes son: ansiedad, insomnio, depresión, sentimientos de vergüenza y desvalorización. (9)

2.2.6. CONOCIMIENTOS SOBRE LA MASTECTOMÍA:

La palabra mastectomía proviene del griego mastos, que significa mama y ektomée, que significa extirpación, es decir, **extirpación de la glándula mamaria**. (5) Con el paso de los años las indicaciones de la mastectomía se han reducido a escasas situaciones; su indicación está limitada a los casos en que los tratamientos no han podido controlar la enfermedad o bien cuando la reconstrucción mamaria significa un riesgo para la vida de la paciente.

a. Segmentectomía o mastectomía segmentaria

Extirpación de un "segmento" mamario, incluyendo la tumoración, con márgenes libres de entre 1 - 2 cm, llegando hasta la aponeurosis del músculo pectoral mayor que se extirpará junto con la muestra que enviaremos al servicio de patología. (6)

La incisión se debe de realiza por encima del tumor, y no se aconseja realizar intervenciones de tumores malignos a través de incisiones a distancia (periareolares) y posterior tunelización. Si se evidencia retracción cutánea, a la altura de la localización tumoral, se debe extirpar una "elipse" cutánea, con el resto de la Segmentectomía. Si se habiopsiado previamente, debemos extirpar en la Segmentectomía definitiva todo el área afecta, incluyendo piel. Esta técnica es utilizada para tumores retroareolares en los que será necesario extirpar en bloque el complejo areola-pezones. Dando resultados estéticos satisfactorios y posteriormente por "tatuaje" ó técnicas de cirugía plástica sobre el complejo areolapezones, se logra una imagen mamaria, delicada y muy natural. (6)

b. Cuadrantectomía:

Introducida por Veronesi, con finalidad local más radical, consiste en extirpar el "cuadrante" mamario en el que se encuentra el tumor, incluyendo el segmento de piel correspondiente y la aponeurosis del músculo pectoral mayor. (6)

El resultado estético es menos satisfactorio que para la Segmentectomía.

Su indicación está reservada para tumores no mayores de 2-3 cm. Se engloba la cicatriz de biopsia anterior como mínimo 2 cm ó más de margen cutáneo y glandular, hasta la aponeurosis del pectoral mayor, realizándose si la tumoración está localizada profundamente, la resección de la porción superficial del pectoral mayor correspondiente.

Cuando la localización del tumor afecta al C.S.E., se realiza la Cuadrantectomía en "monobloc" con el vaciamiento axilar.

Mastectomía radical modificada: La realización de una mastectomía, puede ser total y radical, es decir: (6) •

Desde un punto de vista anatómico, el tejido mamario se extiende más allá de los límites de la mama y llega hasta la piel siguiendo los ligamentos de Cooper.

- La extirpación cutánea debe adecuarse a la localización del tumor, así como a la extirpación de la areola y pezón, por lo que se aconseja un huso de piel con 4 cm mínimo de margen a cada lado del tumor, aunque sea difícil en algunos casos. La extirpación glandular mamaria, va a tener como límites:
- El esternón en la parte interna.
- La clavícula en la parte superior.
- El recto abdominal anterior en la parte inferior.
- El músculo dorsal ancho en la parte externa, incluyendo la prolongación axilar de Spencer antes de iniciar el vaciamiento axilar.

Las incisiones para realizar esta mastectomía son en general horizontales (Stewart) ya que estéticamente luego esa cicatriz se ve "menos", pero también pueden ser oblicuas o verticales en función de la localización tumoral.

Técnica válida y debe realizarse para toda mastectomía, tanto si es simple como radical, radical modificada con conservación y no desinserción de los pectorales que es la más habitual ahora (tipo Madden) ó con desinserción y extirpación del músculo pectoral menor (tipo Patey). Siendo sus indicaciones fundamentales las siguientes:

1. Tumores de más de 3 cm.
2. Tumores multifocales.
3. Algunos sarcomas sin invasión de pectorales.
4. Tumores en estadios I y II.
5. Tumores en estadio III como parte de un tratamiento multimodal.
6. Cáncer de mama durante el embarazo.
7. Recidiva tras cirugía conservadora.

No deberemos olvidar la resección de la grasa interpectoral que contiene una serie de ganglios llamados plexo de Rotter, que son causantes en no pocos casos de recidivas locales que muchas veces son difíciles de controlar. (6)

c. Muestreo o picking axilar: Extirpación de una serie de ganglios, al azar, en general macroscópicos, y que van a corresponder en general al nivel I de Berg, para evaluar el pronóstico y la actitud terapéutica postoperatoria. (6)

d. Vaciamiento axilar:

1. Parcial: Es la disección de los ganglios pertenecientes a los niveles I y II. Es una técnica suficiente para conocer el estado de la axila. En estos casos se marca el límite superior del vaciamiento axilar con clips metálicos, para que en caso de ser la axila positiva, completar la irradiación de esa axila, por encima de ese límite junto con el área supraclavicular. (6)

2. Total ó completo: Es la resección de los ganglios linfáticos de los niveles de Berg. La ventaja de ésta es que da la información completa del estado de la axila, minimiza las secuelas de la asociación cirugía y radioterapia axilar en cuanto a la aparición de linfedemas de la extremidad superior. (6) El vaciamiento axilar consiste en extirpar toda la grasa que se encuentra por debajo de la vena axilar, a partir de su adventicia, y que tiene como límites laterales el borde interno del pectoral menor y el músculo dorsal ancho por fuera, y pretende extirpar todo el tejido conectivo y adiposo que está en el área del músculo latissimusdorsi, sub escapular, serrato anterior y pectoral menor.

Sus objetivos son:

- Determinar el pronóstico de la paciente. *f*
- Clasificar por estadios la lesión para los tratamientos complementarios (quimioterapia-hormonoterapia). *f*

- Controlar la enfermedad loco-regional y evitar así las recidivas a este nivel, que cuando ocurren son muy difíciles de tratar y provocan en la paciente una intensa sintomatología, con linfedema, dolor, etc.

El pronóstico de las pacientes está relacionado con el número de ganglios linfáticos metastásicos, es fundamental obtener por lo menos una cifra superior a 10 ganglios para cuantificar ese pronóstico y hoy en día para plantear incluso un tratamiento de quimioterapia intensiva a altas dosis (cuando hay más de 10 ganglios axilares positivos). (6)

La media de extirpación de ganglios axilares está por encima de los 15 ganglios. Se debe de preservar los nervios del serrato y del dorsal ancho, y cada vez más se intentan identificar y preservar los nervios intercostobraquiales que van a evitar en estas pacientes la sensación de hipo estesia o entumecimiento de la pared lateral torácica y de la cara interna del brazo.

Debemos enviar la pieza orientada al patólogo, con la identificación de los límites de cada nivel.

La fisioterapia apropiada y un drenaje linfático manual postoperatorio, pueden prevenir y evitar la aparición de gran parte de los linfedemas del brazo. (6)

Actualmente surge una nueva duda, y es determinar si el vaciamiento axilar es necesario en todos los casos de cáncer de mama, y se plantea esta duda especialmente para los tumores Infiltrantes pequeños (menores de 1 cm. de diámetro) por hallazgo mamográfico, y con axilas clínicamente negativas, pero todavía no hay un abordaje estandarizado. (6)

3. **Mastectomía radical:** Conocida como mastectomía radical de Halsted y de Meyer, es la clásica mastectomía, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y

vaciamiento axilar completo. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos. Ha sido el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de mama hasta hace 25 años.

En la actualidad tiene indicación en los siguientes casos:

- Casos avanzados en su afectación lo corregional.
- Tumores que invaden el pectoral mayor.
- Determinados casos en estadio III-A tras quimioterapia de inducción.
- Tumores localmente avanzados que no mejoran con quimioterapia.
- Cuando existen los ganglios inter pectorales de Rotter claramente afectados. M

4. Mastectomía radical ampliada: A la mastectomía radical se asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, bien de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica que se reforzaba con fascia lata o mallas. (7)

Prácticamente en desuso en la actualidad, podría tener una remota indicación en tumores grandes, de más de 3 cm en cuadrantes internos.

5. Mastectomía superradical: A la mastectomía radical ampliada se le asocia la disección de los ganglios supraclaviculares, bien de forma discontinua o en mono bloque extirpando parte de la clavícula y de la primera y segunda costillas.(7)

Prácticamente no tiene indicaciones en la actualidad. Mastectomía superradical de Prudente: Además de todo lo realizado en la superradical, asocia una desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral. Prácticamente no tiene indicaciones en la actualidad. (7)

6. Mastectomía con preservación de piel:

Esta técnica quirúrgica reciente, citada por primera vez en la literatura médica hasta 1991, fue implementada de forma paralela a la evolución del concepto de recurrencia local del cáncer mamario, es ideal en pacientes con diagnóstico histológico temprano cuya clasificación se encuentre entre T1 y T2 de acuerdo al American Joint Committee on Cancer (AJCC). La incisión se realiza en la periferia del complejo pezón areola y en caso de tener cicatriz de biopsia previa se reseca la piel que rodea ésta. Posteriormente se tallan los colgajos de piel, cuyo grosor estará determinado por el tipo de paciente (obesa, delgada), después se disecciona la glándula mamaria en sentido circunferencial, lo que incluirá: fascia del músculo pectoral mayor, la clavícula como límite superior, el músculo recto abdominal como límite inferior, a nivel lateral donde se realiza el vaciamiento axilar, y el esternón como medial. (8) .

Reconstrucción mamaria post mastectomía. Técnicas de Relleno con Colgajos: Se practican en tumores grandes que requieren resecciones aún más grandes. Se utiliza el colgajo de músculo dorsal ancho con isla de piel desepidermizada para proporcionar el volumen suficiente y duradero, debido a que el músculo se atrofia y pierde volumen. Además se puede utilizar el colgajo de recto anterior del abdomen (TRAM) tanto superior como inferior, de pedículo más largo, para llegar a cuadrantes más alejados de su punto de rotación.

- Técnicas de Reconstrucción Parcial de la mama: Indicadas en tumores que necesitan resección de piel por márgenes cercanos o por invasión de la misma (T4). Con reconstrucción parcial de la mama con su piel. Sería la reconstrucción adecuada para la Cuadrantectomía clásica del cuadrante completo con piel o de más de un cuadrante según sea el caso. También se utiliza el colgajo músculo cutáneo de dorsal ancho y el del recto anterior del abdomen.

7. Reconstrucción mamaria postmastectomía.

Técnicas de Relleno con Colgajos: Se practican en tumores grandes que requieren resecciones aún más grandes.

Se utiliza el colgajo de músculo dorsal ancho con isla de piel desepidermizada para proporcionar el volumen suficiente y duradero, debido a que el músculo se atrofia y pierde volumen. Además se puede utilizar el colgajo de recto anterior del abdomen (TRAM) tanto superior como inferior, de pedículo más largo, para llegar a cuadrantes más alejados de su punto de rotación.

- **Técnicas de Reconstrucción Parcial de la mama:** Indicadas en tumores que necesitan resección de piel por márgenes cercanos o por invasión de la misma (T4).

Con reconstrucción parcial de la mama con su piel. Sería la reconstrucción adecuada para la Cuadrantectomía clásica del cuadrante completo con piel o de más de un cuadrante según sea el caso.

También se utiliza el colgajo músculo cutáneo de dorsal ancho y el del recto anterior del abdomen. (8)

Clasificación según la Técnica: $\frac{3}{4}$ Prótesis mamaria: Método de elección en la reconstrucción mamaria de pacientes sometidas a mastectomía total o mastectomía radical modificada con conservación del músculo pectoral y cuando los tejidos presentan buena cantidad y calidad. (8)

Está contraindicado cuando la piel de recubrimiento es deficiente o ha sido irradiada o si se ha realizado una mastectomía radical. La prótesis se coloca en posición subcutánea o sub muscular, y la selección del sitio de la incisión debe ser individualizada pero generalmente se hace a través de la cicatriz de mastectomía. La reconstrucción se ha de plantear de modo que se iguale con la mama opuesta.

Expansor tisular con implante

El objetivo de éste es obtener suficiente tejido para la reconstrucción mamaria sin tener que resolverlo con un colgajo de tejido distante. (8,9)

Es una técnica rápida, sin aumentar el tamaño y número de cicatrices existentes, con un bajo índice de complicaciones. Se realiza tras una mastectomía total, radical modificada o subcutánea, con conservación del músculo pectoral mayor y pliegue axilar anterior. Está contraindicada cuando la piel es escasa o está muy tensa. Tampoco son candidatas las que han recibido radioterapia que se puede producir una necrosis cutánea y por consiguiente la extrusión del expansor. En estos casos es preferible la reconstrucción mediante tejido autólogo vascularizado. La reconstrucción mamaria mediante expansor tisular se lleva a cabo en tres tiempos: *f* Colocación del expansor. *f* Sustituirlo por una prótesis mamaria, *f* Reconstrucción del complejo areola-pezones.

Colgajos locales:

- **Colgajo fascio cutáneo toracoepigástrico:**

La reconstrucción mamaria desea obtener una cubierta suficiente de piel y tejidos blandos. Para lograr estas premisas hay casos en que el colgajo toracoepigástrico (CTE) puede ser el método de elección. El CTE es una técnica sencilla y segura.

Ésta requiere la implantación de una prótesis mamaria que estará protegida por una razonable cantidad de tejido adiposo que aporta este colgajo. El CTE está especialmente indicado en casos con cicatrices post mastectomía vertical y oblicua donde existe un déficit horizontal de piel. Sin embargo, este colgajo no suple el déficit cutáneo a nivel del área craneal de la mama. (8,9)
Variantes del CTE: *f* Colgajo toracoepigástrico clásico (Bohmert, 1975). *f*

Colgajo toracodorsal lateral.

Complicaciones de la mastectomía.

Surgen durante o después de realizar una mastectomía, entre las más importantes tenemos:

Complicaciones intraoperatorias.

Lesiones vasculares. De las lesiones vasculares que pueden surgir a lo largo de una mastectomía, la lesión de la vena axilar, generalmente por tracción o arrancamiento de alguna de sus ramas, es la más frecuente, debido a que la disección axilar completa obliga a extirpar los ganglios a ese nivel.(8)

Si se produce esta lesión, lo primero que debemos hacer es definir el tipo de lesión y la extensión de la misma, para lo cual se debe disecar ampliamente la vena por ambos lados. Si se puede reparar se hará con puntos sueltos evitando siempre la tensión y heparinizando localmente la vena; en caso de no poder realizar una adecuada reparación se ligará la vena. (8)

Neumotórax: Se produce por perforación de la pleura parietal, complicación poco frecuente, que se resuelve con la colocación de un tubo de drenaje torácico y sutura.

Lesiones nerviosas: Durante la disección axilar se pueden producir lesiones nerviosas del nervio torácico largo o serrato, del toracodorsal o dorsal ancho, o incluso del plexo braquial (poco frecuente), cuyas manifestaciones clínicas sensitivas y motoras aparecen posteriormente.

Complicaciones postoperatorias precoces.

Anemia hemorrágica. Se produce sobre todo en aquellos casos de mamas irradiadas previamente y en las que se realiza una mastectomía radical. Estas anemias se han reducido mucho desde el empleo sistemático del bisturí eléctrico.

Hematomas. Por hemorragia de un vaso y el fracaso del drenaje que hemos colocado, y que en algunos casos nos obliga a reintervenir a la paciente para vaciar el hematoma y realizar hemostasia si encontramos el origen de la hemorragia. Otras veces con un vendaje compresivo y punciones evacuadoras es suficiente.

Seromas. Es una de las complicaciones más frecuentes, producido por mal funcionamiento de los drenes, inadecuada hemostasia o gran movilización de la grasa axilar.

Los seromas resuelven con punción-aspiración y vendaje compresivo, y a veces es necesario colocar un nuevo drenaje aspirativo.(8)

El empleo del bisturí eléctrico en las mastectomías, como se menciona anteriormente, ha disminuido el número de hematomas pero ha hecho aumentar el de seromas. Obteniendo beneficios con el empleo del bisturí de argón en cuanto a la disminución de seromas y hematomas, incluso sin dejar drenajes.

Dehiscencia de la herida. Generalmente se produce cuando al aproximar los colgajos éstos quedan a tensión, pudiendo llegar a necrosarse. Para evitar esta complicación los colgajos no deberán quedar nunca a tensión. Si se produce esta dehiscencia, habrá que esperar una cicatrización por segunda intención.(8)

Infección de la herida. Es una complicación poco frecuente, pero alguna vez se produce, en cuyo caso se tratará como la de cualquier otro lugar de la economía. 8.2.6. Flebitis y tromboflebitis de la vena axilar o subclavia.

Complicaciones generales.

- a. Infecciones respiratorias.
- b. Infecciones urinarias, etc

Complicaciones postoperatorias tardías.

Cicatrices queloides.

Contracturas y atrofas del pectoral mayor; por lesión del nervio torácico anterior.

Alteración en la movilidad del hombro. Puede llegarse a “hombro congelado” por falta de movilidad del brazo y hombro, originando retracciones ligamentosas y tendinosas, y finalmente una fijación de la articulación.(10)

Parestesias en la axila y parte interna del brazo.

Alteraciones en la columna vertebral. Entre ellas; escoliosis, cifosis o contracturas cervicales, sobre todo en pacientes con mamas muy grandes.

Linfedema. Es la complicación tardía más frecuente de la mastectomía, como consecuencia de una alteración en el vaciado linfático a nivel axilar, producido por vaciamientos axilares completos generalmente asociados a radioterapia. Halsted describió el linfedema por primera vez, denominándolo “elefantiasis quirúrgica”, y ya entonces distinguió dos tipos, vigentes en la actualidad:

- a. **Edema postquirúrgico** inmediato, por dificultades técnico quirúrgicos.
- b. **Linfedema tardío**, que aparece a veces años después, y generalmente tiene como desencadenante una infección, traumatismo, radioterapia de la zona, etc. La presencia de infecciones y seromas en la zona operada va asociado a un aumento del número de linfedemas. El empleo del bisturí eléctrico en la disección axilar se asocia a un aumento en el número de seromas y secundariamente de linfedema, lo que desaconseja su uso en dicha disección.(8)

2.2.7. GENERALIDADES SOBRE IMAGEN CORPORAL

2.2.7.1 CONCEPTO

El concepto de imagen corporal es derivado de las diferentes dimensiones en que la gente vive su cuerpo, es decir, que cada quien tiene un concepto distinto de lo que es imagen corporal según su punto de vista y experiencia de vida. Muchos autores han intentado definir el fenómeno de “imagen corporal”, la definición más utilizada fue formulada por el neurólogo alemán Paul Schiller (1950): “La imagen del cuerpo humano tiene como significado la foto de nuestro propio cuerpo que nos formamos en nuestra mente, esto quiere decir la manera en que nos vemos a nosotros mismos”

Otros autores como Salde (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”

La profesora R.M. Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en Imagen Corporal y en un libro específico que de dedicó a este tema propone una definición integradora de imagen corporal:

“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo

de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000)

Y más resumidamente, “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo” (Raich, Torras y Figueras, 1996) (31)

Por lo tanto, la imagen corporal es constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la aceptación del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. Al ser una representación interna de la manera que uno se siente sobre su propio cuerpo, puede diferir en la manera en cómo los demás ven nuestro cuerpo.

Un factor que debe tomarse en cuenta en la imagen corporal, es cómo sentimos nuestro cuerpo físicamente a través de las sensaciones visuales y táctiles; si una mastectomía resulta en cicatrices vistosas, dolor, pérdida de sensación de la piel y tensión muscular, esto sin duda afectará la manera en que la mujer vive su cuerpo.

Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.

- Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

- 1.- Es un concepto multifacético.
- 2.-La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: “Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”
- 3.- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
- 4.-La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- 5.- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- 6.-La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de

Los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de

satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo.

En tal sentido, la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes:

Perceptual, cognitivo y conductual.

Un Componente Perceptual (aspecto físico) Mediante el cual percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad, se refiere a como percibimos nuestras formas físicamente, la cual se encuentra dada frente a la mastectomía en la sensación de estar muy consciente de su apariencia física, de ser menos atractiva físicamente, ser menos femenina, ser menos atractiva sexualmente como resultado de su enfermedad o tratamiento, sensación de que el tratamiento ah dejado su cuerpo incompleto.

Un Componente Subjetivo (aspecto psicológico). Actitudes, sentimientos, Cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción. preocupación, ansiedad, etc.).

En el caso de la paciente mastectomizada está referida en la insatisfacción con la apariencia cuando esta vestida, con el cuerpo, con la apariencia de su cicatriz.

Un Componente Conductual (aspecto social). Consiste en las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, conductas de evitación de situaciones que expone el propio cuerpo a los demás, etc.). Tal es el caso que ante una mastectomía se ve afectado la identidad social,

manifestada por: evitar el contacto social con los amigos y familiares, hablar del miedo a que los demás se dieran cuenta de su problema físico, del temor al rechazo de sus familiares y amigos al enterarse y de cómo constantemente están al pendiente de su pecho.

Estas mujeres refirieron esconder su deformidad no solo por la evasión, sino también por el uso de ropa excesivo. Otra de las conductas evitativas es el de preferir no tener contacto social.

Se puede concluir que se tendrá una imagen corporal negativa cuando;

Exista una percepción distorsionada de las formas corporales y se perciban partes del cuerpo como no son realmente.

Se esté convencido de que solamente otras personas son atractivas, y que el tamaño y forma del cuerpo son signo de fracaso personal.

Exista vergüenza y ansiedad por el cuerpo.

Se sienta incómodo y raro en el propio cuerpo. Por el contrario, existirá una imagen corporal positiva si,

Existe una percepción clara y verdadera del cuerpo.

Se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una

Persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal.

No se pierde el tiempo preocupándose en torno a la comida, el peso y las calorías.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico, en el que el cambio de uno de los factores que la componen altera los demás. A lo largo de la vida esta imagen puede ir cambiando hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo total. El resultado final dependerá de la interacción de los siguientes factores:

a. El propio cuerpo: Se refiere a todos los datos objetivos posibles con los que se puede describir un cuerpo, así como al aspecto funcional de los mismos (que los órganos funcionen correctamente y que el cuerpo esté sano). Por ejemplo: 65 Kilos de peso, 1.75 cm de altura, pelo rubio, ojos negros, etc. Se excluyen las valoraciones subjetivas, como “caderas enormes”, “pelo asqueroso”, etc.

b. La percepción del cuerpo: En la formación de la imagen corporal tiene especial relevancia los aspectos a los que se presta una especial atención y los que se omiten. De modo que seleccionando los aspectos positivos del cuerpo probablemente se creará una imagen positiva y, por el contrario, si tan sólo se perciben los aspectos negativos la imagen no será satisfactoria.

Funciona como un círculo vicioso, las personas con una mala imagen de sí mismos percibirán más los aspectos negativos, y las que tienen una mejor

Imagen corporal percibirán más los positivos.

c. Pensamientos sobre el cuerpo: Hace referencia a las actitudes, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. Se puede limitar a los datos objetivos (“Me han extirpado

una mama”), o a juicios de valor (“Como ya no tengo a mis senos, ya no soy atractiva para mi pareja”). Otros pensamientos hacen referencia a situaciones donde el cuerpo tiene un papel fundamental, por ejemplo, ir a comprar ropa, a la playa, al gimnasio, etc. Muchos de estos pensamientos pueden ser erróneos (“Como me han realizado la mastectomía mis amigos me van a rechazar”) y será necesario corregirlos para sentirse mejor con uno mismo.

d. Emociones en relación con el cuerpo: Si la percepción y los pensamientos que se tienen sobre uno mismo son erróneos puede dar lugar a emociones perturbadoras. Así se pueden sentir síntomas de ansiedad al comprar ropa nueva, de depresión por no perder peso, enfado por no utilizar una talla inferior o culpable por haber comido un dulce. Es necesario identificar estas emociones para poder hacerles frente.

e. Comportamientos con relación al cuerpo: si la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo respecto al cuerpo son incorrectos, probablemente los comportamientos también lo serán. Las personas muy preocupadas por su figura evitan situaciones e intentan ocultar su cuerpo. Esta evitación refuerza la imagen negativa que se tiene de uno mismo.

En tal sentido, podemos concluir que la percepción de la imagen corporal tras la mastectomía dependerá de como percibimos objetiva y subjetivamente nuestro propio cuerpo, de los pensamientos y emociones que nos despierte, y las conductas que tomemos en torno a nuestra imagen, la cual va a estar influenciada de cómo nos percibíamos cuando estábamos

“completas”, es decir si nuestra percepción era positiva o negativa.

2.2.8. GENERALIDADES SOBRE ACEPTACION:

DEFINICIÓN DE ACEPTACION

Es la acción y efecto de aceptar un, una enfermedad y someterse a sus tratamientos.

Finalmente la aceptación de la paciente mastectomizada, está dada por las impresiones que se forman en cuanto a la representación o significación de su imagen corporal en base a las experiencias vividas, sentimientos y emociones que van a influir en sus conductas.

ACEPTACION DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

El cáncer no es una enfermedad, sino un grupo de enfermedades muy diferentes entre sí en cuanto a su pronóstico, tratamiento y secuelas. Algunas enfermedades oncológicas son curables en la práctica totalidad de los casos, aunque otros tengan una elevada tasa de mortandad. Aunque en medicina existan otras muchas enfermedades cuyo impacto sobre la persona y sobre su entorno sea mucho más grave, el cáncer es, además, un mito social, y como tal es el paradigma de la enfermedad grave. Por ello, aunque no se corresponda con la realidad médica, en la actualidad persiste la visión del cáncer como una enfermedad innombrable, incurable y mortal. Ambos factores (las falsas creencias y la realidad médica) coexisten en la persona que recibe el diagnóstico, en su familia y en el medio social que la envuelve.

La importancia de estas creencias, junto con los recursos personales (cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales), van a ser decisivas en el afrontamiento posterior de la enfermedad.

No obstante, no podemos negar que el cáncer, como muchas otras enfermedades crónicas, supone para la persona un ataque a su bienestar y calidad de vida. El tratamiento de la enfermedad a menudo requiere un enfoque multimodal, incluyendo combinaciones de cirugía, quimioterapia, radiación, terapia hormonal e inmunoterapia. Los efectos secundarios de tales tratamientos (fatiga, náusea, caída de pelo, anorexia y dolor) y los procedimientos quirúrgicos (amputación, eliminación de órganos o translocación, manipulación y supresión hormonal, daño vascular, muscular, neurológico) tienen un impacto considerable en la imagen corporal y la identidad, en el funcionamiento sexual, en el rol de género e, incluso, en la fertilidad (Bruner, 1999). Por eso no es de extrañar que muchos/as pacientes cursen depresión y ansiedad a causa del miedo, la mutilación y la pérdida de funciones. Por ende, el bienestar sexual se puede ver seriamente afectado.

Por eso, la proximidad física, la afectiva y la intimidad van a ser fundamentales para el afrontamiento de la enfermedad. (36)

ACEPTACION DEL CÁNCER DE MAMA

Aceptación del Nivel Sexual

Los diversos estudios coinciden en destacar que más de la mitad de las mujeres tratadas señalan cambios importantes en sus relaciones sexuales, retrasando su reanudación. La disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y juego amoroso, la pérdida de iniciativa en la actividad sexual, la disminución del deseo y el sentimiento de sentirse menos deseadas, se suele presentar especialmente en aquellas mujeres tratadas con mastectomía, en oposición a aquellas tratadas con radioterapia o lumpectomía (Bruner, 1999). López et al. (1991) señalan en su estudio

que aquellas mujeres que presentan mayor rechazo de su imagen corporal,

Presentan mayores cambios negativos en sus actitudes y comportamientos sexuales, correlacionando con depresión y bajo auto concepto. Las mismas autoras destacan que aquellas mujeres que dentro de los quince primeros días de la intervención reanudan las relaciones sexuales, no tienen o tienen menores problemas sexuales, y aceptan mejor la mastectomía.

De hecho, aquí influye también la actitud de la pareja, la percepción de la enfermedad, de la mastectomía que tenga; que puede extinguir, suscitar o acrecentar ciertas actitudes fóbicas en la mujer; suele existir la creencia de que en muchas personas con cáncer, el lugar operado es incapaz de soportar el más leve “trauma”, por lo que el miedo de la pareja a hacer daño refuerza o desencadena estos miedos.

Un aspecto fundamental es la calidad de la relación de pareja. Ghizzani et al. (1995), al evaluar a un grupo de mujeres a las que se les administró la “Escala de Ajuste Diádico” de Spanier (que mide los niveles de satisfacción, cohesión, consenso y comunicación-expresión afectiva en las parejas), hallaron una significativa correlación entre las subes cala de satisfacción y comunicación afectiva y el deseo sexual y el grado de satisfacción sexual; en estas mismas mujeres, la existencia de una extensa buen ajuste a la enfermedad. Por eso, volvemos a insistir en que la satisfacción previa en las relaciones de pareja pueden determinar, en gran medida, una buena adaptación a las relaciones sexuales posteriores. En tal sentido el rol de la enfermera debe enfatizar ciertos aspectos como:

a. Preservar las relaciones de pareja, y tratar las frecuentes dificultades en las relaciones sexuales, ya que el

rechazo a su propio cuerpo y la ansiedad que acarrea, dado el proceso, dificultan o anulan en ocasiones la vida sexual de la mujer.

b. Promover una comunicación – expresión afectiva entre la pareja, que posibilite la existencia de una extensa red de apoyo emocional, que favorezca la aceptación de su nueva imagen corporal, incrementando la autoestima de la paciente.

Percepción a nivel psicológico

Jorge Psillakis plantea que la percepción de la mastectomía a nivel psicológico dependerá de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, auto desvaloración, etc.; para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar. (37)

José M. Suárez Fernández afirma que la mujer a la que se le realiza una mastectomía afecta la percepción de la imagen corporal por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social. (38)

Por lo tanto, el grado de afectación de la percepción de la imagen corporal ante una mastectomía depende de tres factores:

1. El grado de identidad femenina, en la constitución de su imagen corporal.
2. De la propia personalidad de la paciente.
3. De la existencia de problemática sexual o de relación de la pareja, anterior a la intervención.

En esta experiencia personal se comparten los criterios expresados anteriormente, pues las pacientes con mastectomía que acuden a la consultase presentan con un deterioro importante de su estado mental y físico, de ahí

la enorme importancia que se le confiere al logro de una adecuada y eficaz relación enfermera - paciente, por lo que se debe tener presente 3 aspectos:

- a) Saber ponerse en el lugar del otro, b) sentir como ella, y c) disponerse a ayudarle cuando enfrenten dificultades. (40)

En éste punto es muy importante la empatía de la paciente con el enfermero, durante el tiempo de hospitalización. Es necesario ofrecer una atención integral a la mujer y mostrarle nuestro interés y apoyo, no sólo por su parte enferma, sino por ella como ser humano.

La finalidad del apoyo psicológico de Enfermería será conseguir:

- c. Obtener una imagen satisfactoria de sí misma, elevando el nivel de autoestima; no olvidemos de que el pecho tiene un alto valor simbólico en la mujer y que permanece inalterable incluso en edades muy avanzadas.

d. Apoyar las relaciones con la familia, los amigos, incluso asesorando a la familia respecto al comportamiento a seguir con la paciente.

e. Facilitar la comunicación entre el personal sanitario y la mujer, adecuándose la relación terapéutica a las necesidades de la mujer (C. de Salud, Servicio de Oncología).

f. Aflorar los aspectos de personalidad más maduros de la mujer.

La intervención del personal de Enfermería en el período pre y post operatorio es importante, puesto que favorece en la erradicación de pensamientos erróneos en la paciente, incrementando su seguridad su amor propio, su afecto, su autoestima y aceptación de si misma. Al mismo tiempo la enfermera interviene en el entorno familiar de la paciente ya que la familia influye significativamente en la recuperación de la misma puesto que la paciente mastectomizada siente gran necesidad de recibir apoyo y comprensión por parte de sus familiares ayudándola así a lograr la adaptación de la paciente a su nueva imagen corporal (42)

ACEPTACION A NIVEL FAMILIAR

“La paciente y la familia a reaccionan al diagnóstico con miedo,

Hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general, o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales.

Es de especial interés el apoyo y la comprensión que necesitan las pacientes mastectomizadas de las personas

más importantes en sus vidas, sobre todo la de su esposo, ya que él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este dilema. Se debe tener presente además que la aparición de la enfermedad y su tratamiento puede afectar el status social de la paciente por la incidencia o repercusión que pudiera tener en su economía. Téngase en cuenta además que la percepción del cáncer de mama que tienen los familiares es vista como un presagio, no solo de la muerte y de un proceso doloroso hacia ella, sino también de mutilación". (43)

En relación con este aspecto la pérdida de la mama requiere adaptación psicológica y social tanto de la paciente como de los familiares, por lo que es imprescindible el papel de la enfermera, ya que es el profesional de salud que mantiene el mayor contacto con la paciente y familia, ya sea desde el inicio del diagnóstico, tratamiento y posible recuperación y curación de la enfermedad.

ACEPTACIONA NIVEL SOCIAL

Vivimos en la sociedad de la imagen; carteles, televisión, cine, etc, son elementos cotidianos en nuestro discurrir. Los centros comerciales se caracterizan por poseer grandes escaparates, los televisores ahora son panorámicos para aumentar y mejorar la imagen y los desfiles de moda forman parte de la programación televisiva. Esta importancia de la imagen nos hace reflexionar acerca de cómo se perciben las mujeres luego de una mastectomía frente a la cantidad de estímulos visuales que recibe a diario.

En tal sentido, las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Estas

han desempeñado un papel predominante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión de los grupos étnicos y pueblos. Tras esta exposición no es posible eludir la conclusión de que, si las mamas son tan valoradas y estimadas no sólo por quien las posee, la mujer, sino por toda la sociedad, su privación forzosamente acarreará un impacto emocional difícil de superar, aunque no imposible, en la paciente y en las personas de su entorno. El impacto psicológico causado por la cirugía radical de la mama es diferente a la de cualquier otro tratamiento contra el cáncer y afecta a algo 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.

2.2.9. MEDICIÓN DE LA ACEPTACION

La aceptación tiene diversas propiedades, entre las que destaca dirección (positiva o negativa) e intensidad (favorable y desfavorable), estas propiedades forman parte de la medición.

Las afirmaciones pueden tener dirección positiva o negativa, y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta. Pudiéndose distinguir cuantitativamente a las personas cuyas opiniones, motivos, percepciones, rasgos de personalidad y necesidades son diferentes, mediante las escalas psicosociales como Escala de Lickert cuyo nombre se deriva de su creador, el psicólogo Rensis Lickert. Esta escala consta de varios enunciados declarativos que expresan un punto de vista u opinión sobre determinado tema y el informante debe indicar hasta qué punto concuerda con la opinión expresada.

(44)

Esta escala consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada información y

se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los elementos de la escala (alternativas de respuesta). A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la información y al final se tendrá una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con los ítems.

La Escala de Lickert puede ser aplicada de dos formas: la primera auto administrada en la que se le entrega la escala al respondiente y este marca respecto a cada ítem la alternativa de respuesta que mejor describe su reacción. La segunda, es la entrevista, un entrevistador lee los ítems y las alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste.

2.2.10. ROL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA ONCOLÓGICA

La atención de Enfermería a la paciente mastectomizada se centra en la interacción enfermero-paciente, el cual constituye uno de los ejes centrales de la provisión del cuidado de enfermería, ya que este debe ser un proceso interpersonal, terapéutico y significativo.

En la atención de pacientes mastectomizadas, debe tenerse en cuenta que las personas provienen de diversos círculos sociales, culturales y religiosos, condicionándolas a que cada una de ellas tengan sus propias creencias, formas de vida y actitudes que van a constituir los rasgos de su personalidad, que la hacen única.

La paciente mastectomizada al sufrir un impacto biopsicosocial expresará sentimientos encontrados como vergüenza, miedo, inferioridad, que se manifestará en muchos casos por el aislamiento, descuido personal, sentimientos de rechazo, que muchas veces no son identificados oportunamente por la enfermera, llegando la paciente a presentar una baja autoestima, un cuadro depresivo, que en muchos casos puede terminar en suicidio, de ahí la importancia que el

profesional de enfermería reconozca precozmente los problemas de la paciente para intervenir oportunamente a través del establecimiento de estrategias de afrontamiento y mecanismos de adaptación, en un trabajo conjunto enfermera – paciente, que a su vez incluya a la familia y en ella a su cónyuge, ya que constituye el principal soporte emocional y social.

De ahí la necesidad de que los profesionales de Enfermería tengan conocimientos sobre la atención integral a las mujeres en el pre y post operatorio, sobre aspectos que van más allá de lo médico o lo biológico- funcional, como la supervivencia, calidad de vida, sus temores, la mutilación y el reinicio en la vida sexual, así como el posible rechazo de su pareja y las causas del mismo, el de su grupo social o la compasión de otros y la propia

por sentimientos de la disminución de autoestima, para lo cual es necesario que el profesional de enfermería se mantenga en constante actualización desconocimientos, con el fin de potenciar sus mecanismos de afronte y disminuir

Los riesgos a complicaciones en las pacientes mastectomizadas contribuyendo a mejorar y/o optimizar la calidad de vida.

Teorías de Enfermería que sustentan la Investigación

➤ Según el Modelo de Peplau:

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades. La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que hacen sentirse útil.

La enfermera, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud. Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda.

Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

- **Fase de orientación:** El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.
- **Fase de identificación:** El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.
- **Fase de aprovechamiento:** El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.
- **Fase de resolución:** El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

Peplau indica que las funciones de enfermería, consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole

una vida creativa, constructiva y productiva. Con el objetivo de que el ser humano alcance el máximo grado de desarrollo personal.⁽³⁷⁾

➤ **Modelo de Callista Roy**

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

- Área fisiológica. Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.
- Área de dominio del rol. Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
- Área de independencia. Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina el «continuum» (o trayectoria) salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

Para Calixta Roy la salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

- Estímulos focales. Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso gripal.

- Estímulos contextuales. Todos aquellos que están presentes en el proceso. Por ejemplo, temperatura ambiente.
- Estímulos residuales. Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros,...

Este modelo indica que el profesional de enfermería debe promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería. Con el único objetivo de que el **individuo alcance su máximo nivel de adaptación.**⁽³²⁾

- **Teoría de Autocuidado según Dorotea Orem:** "El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar."

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida.

➤ **Teoría de cuidados culturales de Madeleine Leininger:**

“El cuidado es el fenómeno relacionado a los actos de asistencia, de apoyo o de adaptación para y por otros (individuos o grupo) con necesidades evidentes (reales) o anticipadas (potenciales) a fin de mejorar la condición o modo de vida humana y para enfrentarse con la muerte.”⁽³⁸⁾

Para ella, el cuidado es una necesidad esencial para el total desarrollo y mantenimiento de la salud y sobre vivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo. Es esencial para el bienestar, la salud, la cura, el crecimiento y el afrontamiento de dificultades o la muerte. Para ella no existe cura sin cuidado, pero puede haber cuidados sin recuperación.”

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

ACEPTACION.- Es la acción y efecto de aceptar un, una enfermedad y someterse a sus tratamientos.

Cáncer .- El cáncer constituye la tercera causa de muerte, después de las Enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas, convirtiéndose Rápidamente en un importante problema de salud pública para el mundo subdesarrollado; los cuales deben enfrentar el problema del cáncer teniendo en cuenta sus propias realidades sociales y económicas.

Mastectomía.- Es la cirugía para extirpar toda la mama, incluso la piel, el pezón y la aréola. Por lo general, se hace para tratar el cáncer de mama.

Imagen corporal.- es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente de sí mismo.

2.4 HIPOTESIS

2.4.1 HIPOTESIS GENERAL

- aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo rebagliati-2015, es medio.

2.4.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA

- aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto físico.es medio
- aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto psicológico.es bajo
- aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto social.es medio

2.5 VARIABLES

El presente trabajo de investigación mide la siguiente variable:

- aceptación de la imagen corporal en mujeres con mastectomía

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía.- es el efecto de aceptar la enfermedad en buenos términos y aprender a vivir con ella.

2.5.2 Definición operacional de la variable

Aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía.- es el efecto de aceptar la enfermedad en buenos términos y aprender a vivir con ella. En el hospital Edgardo Rebagliati

2.5.3. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ITEMS
aceptación de la imagen corporal en mujeres con mastectomía total	FISICO	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente incompleta. • Poco atractiva para el esposo • Aceptación de la nueva imagen 	Nominal	1 – 10
	PSICOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> • inseguridad • angustia • Temor del rechazo de su pareja 	Nominal	10 – 14
	SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia al aislamiento • duelo prolongado • evita el acercamiento de su pareja 	Nominal	15 – 24

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo, porque nos direcciona a buscar soluciones a las necesidades o problemas que presenta la población, permitiendo la mejora de la práctica de salud, tipo cuantitativo, porque nos permite obtener datos susceptibles de ser cuantificados y permite un tratamiento estadístico, método descriptivo de corte transversal, ya que nos permite presentar la información tal y como se presenta en un espacio y tiempo determinado.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó en el hospital Edgardo Rebagliati ubicado en la Av. Rebagliati 490 Jesús maría - Lima, pertenece al ESSALUD, brinda atención especializada al público en general, las 24 horas del día a través de los servicios de consultorios externos, emergencia y hospitalización. El servicio de Cirugía está ubicada en el 4° y 5° piso Este, son áreas destinadas a pacientes quirúrgicos adultos varones y mujeres de todas las especialidades incluyendo a la paciente mastectomizada. El 4° piso Este está compuesto por 49 camas distribuidas en 8 habitaciones de 6 camas cada una y una

habitación individual para pacientes de aislamiento. El 5° piso Este guarda la misma distribución, además de otra habitación individual para pacientes con yodo radioactivo. Los pacientes de cada piso son atendidos por el equipo de Enfermería en dos turnos: diurno de 7am – 7pm y el nocturno de 7pm – 7am, distribuidos.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por todas las pacientes mastectomizadas que se encontraran hospitalizadas en el servicio de cirugía del 4° Este, en los meses de junio a julio, siendo un total de 24 pacientes las cuales cumplieron con los siguientes criterios:

Los criterios de Inclusión fueron:

- Pacientes que han sido sometidas a una cirugía de mastectomía.
- Pacientes que hablan castellano y tienen pareja.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio.

Los criterios de Exclusión fueron:

- Pacientes con discapacidades mentales y/o enfermedades sobre agregadas.
- Pacientes que no hablan castellano

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento un formulario Tipo Escala de Likert Modificada, que fue aplicada a las pacientes mastectomizadas, con la finalidad de obtener información relacionada a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal. El cual consta de: Presentación, Introducción donde se dio a conocer la finalidad del estudio, Instrucciones, Datos generales, Datos específicos, con enunciados positivos y negativos, el mismo que fue sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos (7 profesionales) dado por profesionales inmersos en el área de investigación, enfermeras, Enfermeros del Departamento de

Promoción de la Salud y Control del Cáncer del , Psiquiatra Jefe del Servicio de Oncología Psicosocial del Enfermera Supervisora de la Práctica de la Especialidad en Oncología, del mismo modo fue evaluado por la psicóloga, socióloga y estadistas, quienes mediante sus aportes permitieron realizar los reajustes necesarios. Para ello se utilizó la tabla de concordancia y la tabla Binomial.

Luego para determinar la validez y confiabilidad estadística se va a realizar la prueba piloto y se aplicó Prueba Alfa de Crombach.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para ejecutar el estudio se realizara el trámite administrativo pertinente, mediante un oficio remitido por la Directora de la Escuela Académica Profesional de Enfermería en el cual se solicita la autorización pertinente al Director del Instituto y luego se realizara la coordinación pertinente con la Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería del hospital Edgardo rebagliati a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos en el año 2015, acordando para ello los días lunes, jueves, viernes y domingos, días en los que se captaba a las pacientes mastectomizadas y se accederá a la fecha y hora de 1º cita después del alta en el Módulo de senos y tumores mixtos, previa autorización de la paciente, de esta manera se logró hacer coincidir la aplicación del formulario considerando 30 minutos para ello con el día de la 1º cita, a fin que la información que se brindara sea más verídica ya que de esta manera la paciente se encuentra en casa en interacción con su familia y amistades, en donde identifica sus necesidades, problemas y/o limitaciones secundarias a la mastectomía.

3.6 PLAN DE RECOLECCION Y PROSESAMIENTO DE DATOS

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados previa elaboración

De la Tabla de códigos y Tabla matriz mediante el uso de los paquetes

Estadísticos de Excel, considerando para los enunciados positivos la Valoración de 3 siempre, 2 a veces, 1 nunca y los enunciados negativos:

3

Nunca, 2 a veces, 1 siempre.

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su

Análisis e interpretación.

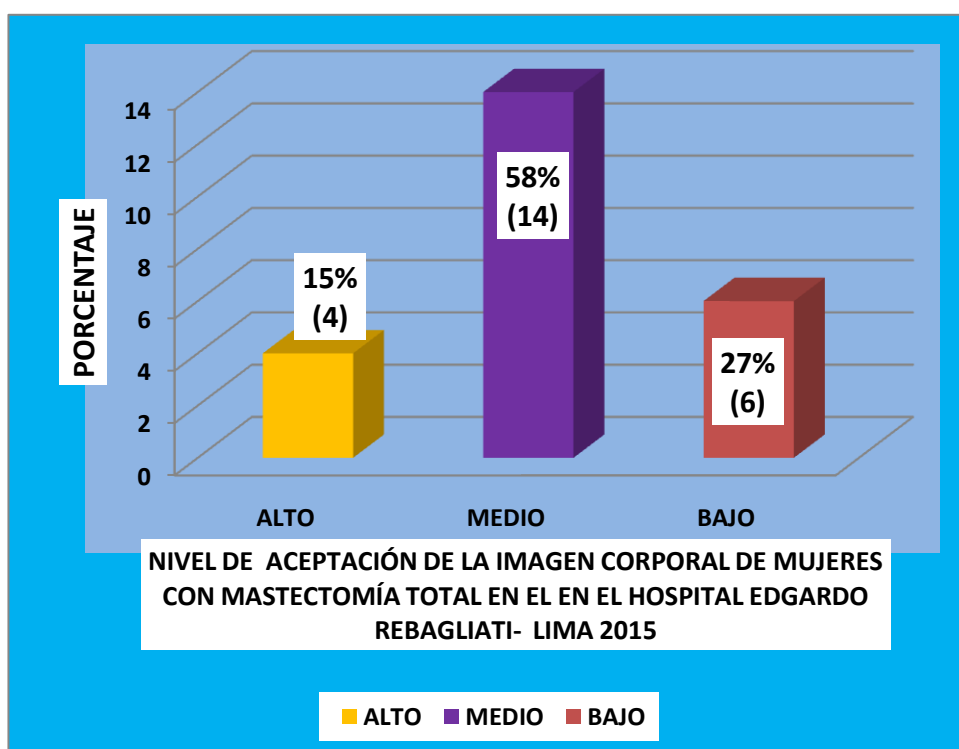
Para la medición de la variable se utilizó la media aritmética y se valoró en Favorable y desfavorable.

MEDICION DE APTITUD	GENERAL	FISICO	PSOCOLOGICO	SOCIAL
FAVORABLE	71-91	23-29	26-33	24-30
DESFAVORABLE	51-70	13-22	17-25	25-18

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

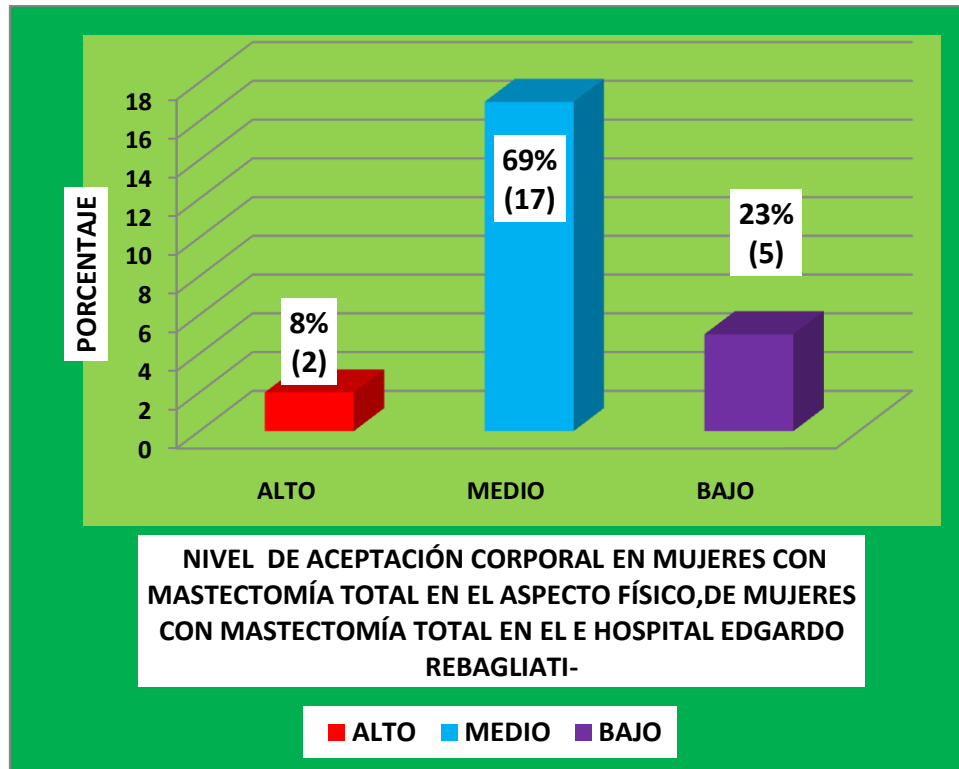
ACEPTACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE MUJERES CON MASTECTOMÍA TOTAL EN EL EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI- LIMA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 1, aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 58%(14), Bajo en un 27%(6) y Alto en un 15%(4).

GRAFICA 2

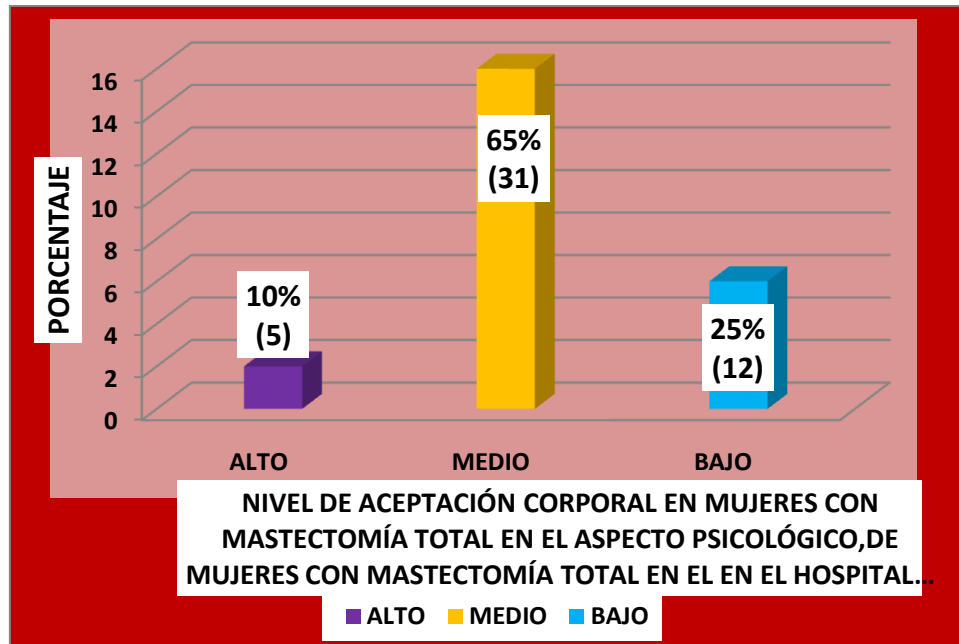
ACEPTACIÓN CORPORAL EN MUJERES CON MASTECTOMÍA TOTAL EN EL ASPECTO FÍSICO,DE MUJERES CON MASTECTOMÍA TOTAL EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI- LIMA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 2, aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto físico en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 69%(17), Bajo en un 23%(5) y Alto en un 8%(2).

GRAFICA 3

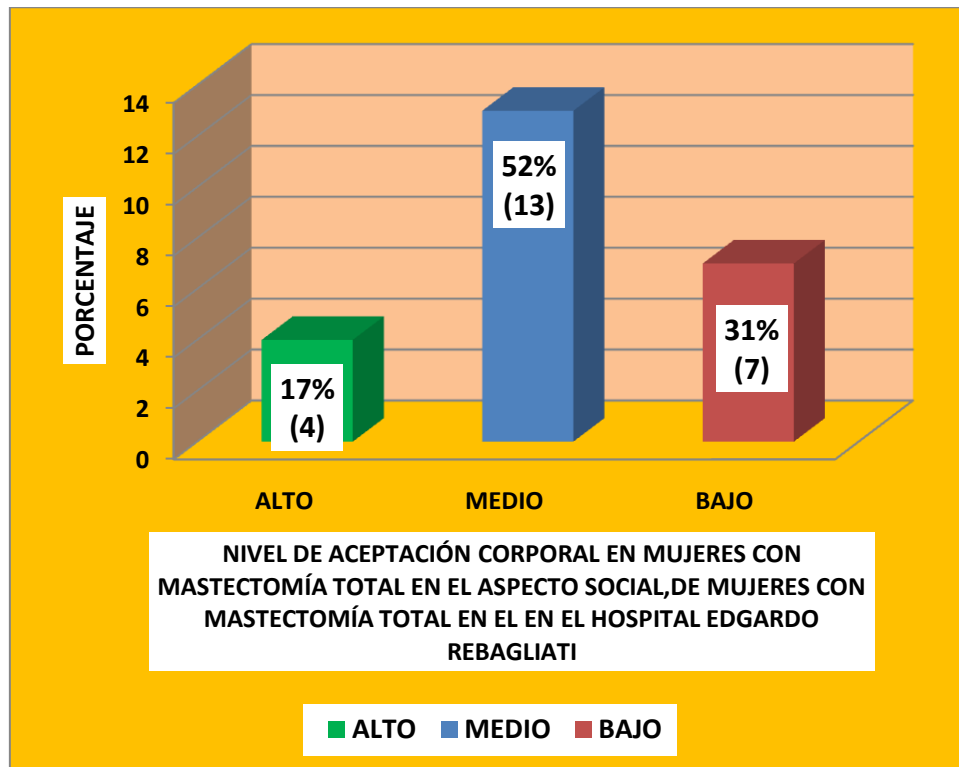
ACEPTACIÓN CORPORAL EN MUJERES CON MASTECTOMÍA TOTAL EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO, DE MUJERES CON MASTECTOMÍA TOTAL EN EL EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI- LIMA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 3, aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto psicológico en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 65%(31), Bajo en un 25%(12) y Alto en un 10%(5).

GRAFICA 4

ACEPTACIÓN CORPORAL EN MUJERES CON MASTECTOMÍA TOTAL EN EL ASPECTO SOCIAL, DE MUJERES CON MASTECTOMÍA TOTAL EN EL EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI- LIMA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 3, aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto social en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 52%(13), Bajo en un 31%(7) y Alto en un 17%(4).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo rebagliati-2015, es Medio.

Ho: Nivel de aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo rebagliati-2015, es Medio.

$H_a \neq H_o$

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	4	14	6	24
Esperadas	8	8	8	
$(O-E)^2$	16	36	4	
$(O-E)^2/E$	2	4,4	0,5	6,9

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 6,9; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_o) y se acepta la Hipótesis Alterna (H_a).

Siendo cierto que: Nivel de aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo rebagliati-2015, es Medio.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Según los resultados presentados en la Grafica 1 aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 58%(14), Bajo en un 27%(6) y Alto en un 15%(4). Coincidiendo con Araya y Yáñez (2010) Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron: “existe una tendencia de medias mayores en el componente físico en pacientes jóvenes .en las que no presentaron comorbilidad por el contrario en el componente mental esta tendencia apunta a las de mayor edad las que tenían además otras patologías.”

OBJETIVO ESPECIFICO 1

aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto físico en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 69%(17), Bajo en un 23%(5) y Alto en un 8%(2). Coincidiendo con Romas, Monet y Tisis (2011), Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron: “las pacientes mastectomizadas experimentaron auto representación regresiva, negativa, rechazo, ansiedad de castración .negación y miedo de ser abandonadas por su pareja.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto psicológico en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 65%(31), Bajo en un 25%(12) y Alto en un 10%(5). Coincidiendo con Narváez (2009) Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron: “la mastectomía juega un rol fundamental en este dificultoso proceso, las mamas representan para la mujer en general, símbolos primarios de feminidad de maternidad y su pérdida puede conducir a alteraciones en la esfera psicológica, social y sexual.”

OBJETIVO ESPECIFICO 3

aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto social en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio en un 52%(13), Bajo

en un 31%(7) y Alto en un 17%(4). Coincidiendo con Missiaggia (2010) Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron: “La mastectomía por ser una experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que la sufre dificultando la integración mental de la misma ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de la perdida.”

CONCLUSIONES

PRIMERO

Según los resultados presentados en la Grafica 1, aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 6,9 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto físico en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio

TERCERO

El nivel de aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto psicológico en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio

CUARTO

aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el aspecto social en el hospital Edgardo Rebagliati, es Medio

RECOMENDACIONES

Diseñar programas antes, durante y después del tratamiento de las mujeres mastectomizadas en el hospital Edgardo Rebagliati, para una mejor adhesión y mayor bienestar de las participantes.

Generar el fortalecimiento psicológico de las mujeres mastectomizadas , para un mejor concepto de sí mismas.

Promover investigaciones mediante las variables sociales que influyen en esta población de mujeres, como consecuencia de la mastectomía que afectan su calidad de vida.

Promover la participación multidisciplinaria, para brindar un servicio integral, como soporte técnico en su aspecto físico.

Promover la participación de la familia en los talleres programados como soporte emocional afectivo en su recuperación y autovaloración personal y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1.- Ministerio de salud (MINSA). "Propuesta Reglamento de la Ley N° 28553 Ley de General de Protección a las personas con Diabetes. Perú; 2006.
2. Russel, Bertrand "El Conocimiento Humano." .Edit Ariel, Buenos Aires. Argentina; 2004. XI edic.pag. 26-50.
3. Olivares Sonia, Escobar María Cristina y Carrasco Elena. Educación en Diabetes Cuidados Básicos para vivir mejor. Perú; 2006. Calzado.Pág. 80.
4. Pender N.J.Health promotion in nursing practice. Third Edition Stanford, Con. Appleton & Lange.EE.UU; 1996.
5. OncoGuía de mama. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. pág 20-27, Noviembre, 2003.
6. Alberro, J. Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama: Mastectomía. Indicaciones, técnicas y complicaciones. Tratamiento conservador en el cáncer de mama, Tomado de: <http://www.uninet.edu>
7. López, M. Cáncer y Mastectomía. Estado Actual, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Teruel, CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, Número 1, Enero 2001.
8. Vargas X., Reconstrucción de mama con colgajo musculocutáneo transversal del recto abdominal postmastectomía por cáncer en el hospital Berta Calderón Roque, tesis para optar al título de Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva, Residente IV año Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, UNAN. Managua, pág. 42-44, 2007.
9. Ceradini, D. et, al. Breast Cancer Reconstruction: More than Skin Deep, New York University Langone Medical Center, Primary Psychiatry, Vol 15, No 10, October, 2008.
10. Cooperman, A.Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.. Cáncer Mamario. Editorial Interamericana, Vol.6, Madrid España, 1985.

Anexos

ANEXO Nº 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “ACEPTACION DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON MASTECTOMIA TOTAL EN EL EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI- LIMA- 2015
AUTORA: SOLIS ROMAN IRIS ROCIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIIMENSIONES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál la aceptación de la imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el en el HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI- LIMA 2015</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es la aceptación de su imagen corporal en el aspecto físico de mujeres con mastectomía total en el Hospital Edgardo rebagliati-2015?</p> <p>¿Cuál es la aceptación de su imagen corporal en el aspecto psicológico de</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar el la aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo rebagliati-2015</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el la aceptación corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto físico. en el hospital Edgardo rebagliati-2015? <p>Determinar la aceptación</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>aceptación corporal en mujeres con mastectomía total en el en el hospital Edgardo rebagliati-2015 Es medio</p> <p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto físico 	<p>imagen corporal</p>	<p>FISICO</p> <p>PSICOLÓGICO</p> <p>SOCIAL</p>

<p>mujeres con mastectomía total en el hospital Edgardo rebagliati-2015?</p> <p>¿Cuál la aceptación en el aspecto social de su imagen corporal de mujeres con mastectomía total en el Hospital Edgardo rebagliati-2015?</p>	<p>corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto psicológico en el hospital Edgardo rebagliati-2015</p> <p>Determinar la aceptación corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto social en el hospital Edgardo rebagliati-2015.</p>	<p>del hospital Edgardo rebagliati.es medio</p> <p>La aceptación de su imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto psicológico del hospital Edgardo Rebagliati es medio</p> <p>El nivel de aceptación de la imagen corporal en mujeres con mastectomía total en el aspecto social del hospital Edgardo Rebagliati es medio</p>		<p>físico</p> <p>psicológico</p> <p>social</p>
---	--	---	--	--

METODOLOGÍA	INSTRUMENTO	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO																														
<p>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION</p> <p>El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo, no experimental, de diseño descriptivo de corte transversal prospectivo de nivel aplicativo.</p> <p>POBLACION Y MUESTRA:</p> <p>Población:</p> <p>La población conformada por 24 pacientes mujeres con mastectomía total</p> <p>Muestra:</p>	<p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento un formulario Tipo Escala de Likert Modificada, que fue aplicada a las pacientes mastectomizadas, con la finalidad de obtener información relacionada a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal. El cual consta de: Presentación, Introducción donde se dió a conocer la finalidad del</p>	<table><tr><td>2015 ACTI V</td><td>MARZ</td><td>ABR</td><td>MAY</td><td>JUN</td></tr><tr><td>INICIO DEL PROYECTO</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ELABORACIÓN DEL PROYECTO</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	2015 ACTI V	MARZ	ABR	MAY	JUN	INICIO DEL PROYECTO	X				ELABORACIÓN DEL PROYECTO	X	X	X	X	SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO					<table><tr><td>RUBRO</td><td>COSTO EN NUEVOS SOLES</td></tr><tr><td>Asesorías</td><td>.100.00</td></tr><tr><td>Bibliografía</td><td>65.00</td></tr><tr><td>Otros</td><td>30.00</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>195.00</td></tr></table>	RUBRO	COSTO EN NUEVOS SOLES	Asesorías	.100.00	Bibliografía	65.00	Otros	30.00	TOTAL	195.00
2015 ACTI V	MARZ	ABR	MAY	JUN																													
INICIO DEL PROYECTO	X																																
ELABORACIÓN DEL PROYECTO	X	X	X	X																													
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO																																	
RUBRO	COSTO EN NUEVOS SOLES																																
Asesorías	.100.00																																
Bibliografía	65.00																																
Otros	30.00																																
TOTAL	195.00																																

<p>La muestra está conformada por 24 pacientes sometidas a mastectomía total.</p> <p>TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento un formulario Tipo Escala de Lickert Modificada, que fue aplicada a las pacientes mastectomizadas, con la finalidad de obtener información relacionada a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal. El cual consta de: Presentación, Introducción donde se dio a conocer la finalidad del estudio, Instrucciones, Datos generales, Datos</p>	<p>estudio, Instrucciones, Datos generales, Datos específicos, con enunciados positivos y negativos, el mismo que fue sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos (7 profesionales) dado por profesionales inmersos en el área de investigación, enfermeras, Enfermeros del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer del , Psiquiatra Jefe del Servicio de Oncología Psicosocial del Enfermera ,Supervisora de la Práctica de la Especialidad en Oncología, del mismo modo fue evaluado por la psicóloga, socióloga y estadistas, quienes mediante sus aportes permitieron realizar los reajustes necesarios. Para</p>		
---	---	--	--

<p>específicos, con enunciados positivos y negativos, el mismo que fue sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos (7 profesionales) dado por profesionales inmersos en el área de investigación, enfermeras, Enfermeros del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer del , Psiquiatra Jefe del Servicio de Oncología Psicosocial del Enfermera ,Supervisora de la Práctica de la Especialidad en Oncología, del mismo modo fue evaluado por la psicóloga, socióloga y estadistas, quienes mediante sus aportes permitieron</p>	<p>ello se utilizara la tabla de concordancia y la tabla Binomial VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO</p> <p>La validez y confiabilidad del instrumento se dará a través del juicio de expertos conformado por 7 profesionales expertos en el tema de la investigación (3 profesionales de enfermería, 2 licenciadas en psicología y una enfermera con especialidad en oncología).</p> <p>PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS</p> <p>Para ejecutar el estudio se realizara el trámite administrativo pertinente, mediante un oficio remitido por la Directora de la Escuela Académica Profesional de Enfermería la variable se clasifico en nivel de Conocimiento: Alto, medio y</p>		
--	---	--	--

<p>realizar los reajustes necesarios. Para ello se utilizara la tabla de concordancia y la tabla Binomial.</p> <p>Luego para determinar la validez y confiabilidad estadística se va a realizar la prueba piloto y se aplicó la Prueba Alfa de Crombach.</p>	<p>bajo.</p>		
--	--------------	--	--

Anexo 2**OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ITEMS
aceptación de la imagen corporal en mujeres con mastectomía total	FISICO	<ul style="list-style-type: none">• Se siente incompleta.• Poco atractiva para el esposo• Aceptación de la nueva imagen	Nominal	1 – 10
	PSICOLOGICO	<ul style="list-style-type: none">• inseguridad• angustia• Temor del rechazo de su pareja	Nominal	10 – 14
	SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">• Tendencia al aislamiento• duelo prolongado• evita el acercamiento de su pareja	Nominal	15 – 24

Anexo 3

INSTRUMENTO

I.- Presentación

El presente instrumento, tiene la finalidad de recolectar información acerca de la aceptación que tiene la paciente en el aspecto psicológico, social la encuesta es de carácter anónima solicitamos contestar todas las preguntas.

II.- Datos Generales:

Edad: 30 – 39 años () 40 – 49 años ()
50 – 59 años () 60 a + años ()

Estado Civil:

Soltera () Casada () conviviente ()
Separada () Otros Especificar: _____

Grado de Instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

Trabaja: Si () No () Ocupación:

Número de hijos:.....

Antecedentes familiares con cáncer: SI () NO () Tipo de
Cáncer: _____

Que parentesco guarda con Ud.: padres () hermanos ()
Abuelos () otros ()

III.- INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una serie de enunciados los cuales usted

Deberá responder en forma sincera. Cada enunciado presenta 3 alternativas de respuesta que deberá marcar con un aspa (X) el enunciado que considere estar de acuerdo con su opinión. Las alternativas de respuesta son:

- Siempre
- A veces
- Nunca

IV.- DIMENSIONES FISICO:

N .	enunciado	Siempre	A veces	nunca
1	Le agrada verse en el espejo luego de la operación			
2	después de la mastectomía acepta el acercamiento de su pareja			
3	piensa ponerse prótesis			
4	le agrada su apariencia física después de la cirugía			
5	le molesta asistir a actividades sociales			
6	le mortifica los efectos físicos de la cirugía			
7	piensa ahora que sus amigos la puedan rechazar			
8	le agrada que su pareja la mire vestirse			
9	le molesta tener que incorporarse a su trabajo			
10	prefiere estar sola en estos momentos			
11	piensa que puede tener limitaciones con otras mujeres			
12	le gustaría compartir su experiencia con otras pacientes			
13	le preocupa su arreglo personal			
14	acepta la pérdida de su seno			

V.- DIMENSION PSICOLOGICO

N.	enunciado	siempre	a veces	nunca
14	siente temor que su pareja pueda rechazarla por su situación actual			
15	le entusiasma salir a pasear con sus amigos			
16	le molestara colocarse ropa ceñida			

17	piensa que ahora sigue siendo atractiva para su pareja			
18	piensa que la pérdida de su seno pueda cambiar la relación con su pareja			
19	piensa que ha perdido su lado femenino			
20	le agrada pensar que pronto volverá a realizar su actividades diarias en el hogar			
21	le disgusta que su pareja la observe mientras usted se viste			
22	su pareja acepta los cambios físicos de su situación actual al respecto de la cirugía			
23	le atrae salir con sus familia			

VI.- DIMENSION SOCIAL

24	le agrada estar en compañía de su pareja			
25	permanece callada cuando su pareja está cerca de usted			
26	su pareja se muestra indiferente			
27	le parece que esta enfermedad es un castigo de dios			



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:, con DNI N°A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“ACEPTACION DE LA IMAGEN CORPORAL DE MUJERES CON MASTECTOMIA TOTAL EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI 2015”**.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

FIRMA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUEZ DE EXPERTO							P
1	1	1	1	1	1	1	1	0,010
2	1	1	1	1	1	1	0	0,0109
3	1	1	1	1	1	0	1	0,0109
4	1	1	1	1	1	1	0	0,0109
5	1	1	1	1	1	1	0	0,0109
6	1	1	1	1	1	0	1	0,0109
7	1	1	1	1	1	1	1	0,010

Si $p < 0,05$ la concordancia es significativa.

Favorable= 1 (Si); **Desfavorable**= 0 (No)

Los resultados obtenidos por cada juez fueron menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es significativo.