



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR. AREQUIPA 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

YOBANELA BRENDA MALAGA PINTO

Asesor Principal : **Mg. Patricia Salazar Chu**
Asesor Metodólogo : **Mg Jesús Chávez Parillo**
Asesor de Redacción : **Dra. Yuli Rodriguez Sueros**

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Todo lo puedo en Cristo Jesús que me fortalece. A Dios, por darme la fuerza y voluntad para guiar mi vida por el camino correcto, por ayudarme en todo momento a superar los obstáculos tanto en mi vida personal como profesional y así poder lograr mis metas.

A mis padres Hugo y Marisol, mi motivo de superación y constancia, que siempre me han brindado su apoyo incondicional y comprensión, quienes han depositado su confianza en mí y hoy me siento satisfecha al poder retribuir de una forma pequeña y simbólica su gran esfuerzo para lograr que cada día sea una mejor persona.

De manera muy especial dedicarla a Dora, una persona de fe y con gran resiliencia, a quien el cáncer no amilanó, por el contrario le hizo frente a la enfermedad saliendo airosa en muchas pruebas. A Jesús, que desde la presencia de nuestro Padre, sigue velando por su familia.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas y a mis docentes que me formaron para ser una buena profesional.

Al personal que labora en el IREN - SUR, que de forma muy amable y asequible me brindaron las facilidades para poder ejecutar las encuestas.

A las pacientes del IREN – SUR y sus familiares, que de buena voluntad accedieron a ser parte del estudio.

A mis asesores, por su dedicación y aportes en la realización de la presente investigación. Gracias al Lic. Jesús Chávez y la Lic. Maryori Delgado.

A Bernardo, Yeni, Sarela y Evelin quienes han sido fuerza y apoyo en este largo camino.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo:** “determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida que poseen las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa - 2017”. **Materiales y Métodos:** el estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes mastectomizadas del área de quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. El muestreo fue no probabilístico censal. Para el análisis de los datos numéricos se utilizaron medidas de tendencia central (media aritmética, percentiles, desviación estándar). Para la prueba de hipótesis se aplicó el estadígrafo Chi cuadrado para determinar la correlación entre las variables de estudio. Para la variables Autocuidado se empleó el Cuestionario de Autocuidado (Quicaño, 2010), y para la variable Calidad de vida se usó el Cuestionario de Salud SF- 36 (versión 2) uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados a nivel internacional. **Resultados:** las 60 pacientes mastectomizadas del IREN SUR objeto del presente estudio tienen una edad que fluctúa entre los 31 y 76 años; el 60% provienen de Arequipa; la gran mayoría son de religión católica (86,7%), el 50% tiene secundaria completa; el 61,7% es casada o conviviente, el 73,3% es Ama de casa; el 43,3% manifiesta que su esposo es el único sustento de su hogar; un 51,7% posee una mala situación económica, el 45% manifiestan tener al menos 1 hijo mientras que el 35% tienen de 2 a 3 hijos. En cuanto al estadio de su enfermedad, el 25,0% de las pacientes se encuentra en el Estadio IIIA, el 23,3% en el IIB, un 21,7% en el IIIB, el 11,7% en el IIA y el 11,7% en el estadio IVA. El 93,3% se encuentra en etapa curativa. El 80% no posee enfermedad concomitante. El 100% con muestra de biopsia previa intervención quirúrgica, del cual el 46,7% de las pacientes se sometió a cirugía parcial y el 53,4% se sometió a cirugía radical modificada; durante la cirugía al 66,7% de las pacientes se le realizó disección axilar y al 15% extirpación de ganglio centinela para evaluar nódulos linfáticos y descartar si la enfermedad ha empezado a extenderse. La mayor parte (70%) de las pacientes

mastectomizadas tiene un nivel de autocuidado bueno o regular (26,7%) mientras que solo en un 3,3% es deficiente. El 75% de las pacientes mastectomizadas tiene una calidad de vida alta, el 16,7% es media y solo un 8,3% es baja. Existe relación estadísticamente significativa con un p-valor = 0,003 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 0,109$ entre el nivel de autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida; existe relación estadísticamente significativa con un p-valor = 0,004 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 3,818$ entre el nivel de autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida; existe relación estadísticamente significativa con un p-valor = 0,007 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 1,728$ entre el nivel de autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida. **Conclusiones:** existe relación estadísticamente significativa (p-valor = 0,004 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 3,919$) entre el nivel de autocuidado y la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

Palabras clave: autocuidado, Calidad de vida, pacientes mastectomizadas.

ABSTRACT

Objective: "To determine the relationship between self-care and the quality of life of mastectomized patients of the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South, Arequipa - 2017". **Materials and Methods:** The study is descriptive type correlational cross-sectional. The sample consisted of 60 mastectomized patients from the chemotherapy area of the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South. The sampling was non-probabilistic census. For the analysis of numerical data, measures of central tendency (arithmetic mean, percentiles, standard deviation) were used. For the hypothesis test, the Chi square statistic was used to determine the correlation between the study variables. For the Self-care variables, the Self-care Questionnaire (Quicaño, 2010) was used, and for the Quality of life variable, the SF-36 Health Questionnaire (version 2) was used as one of the Health-Related Quality of Life instruments (HRQOL) most used and evaluated at the international level. **Results:** The 60 mastectomized patients of the IREN SUR object of the present study have an age that fluctuates between 31 and 76 years; 60% come from Arequipa; the great majority are of catholic religion (86.7%), 50% have complete secondary; 61.7% are married or cohabiting, 73.3% are Housewives; 43.3% state that their husband is the sole support of their home; 51.7% have a bad economic situation, 45% have at least 1 child while 35% have 2 to 3 children. Regarding the stage of their disease, 25.0% of the patients were in the IIIA stage, 23.3% in the IIB, 21.7% in the IIIB, 11.7% in the IIA and 11.7% in the IVA stage. 93.3% are in the healing stage. 80% do not have concomitant disease. 100% with biopsy sample after surgery, of which 46.7% of patients underwent partial or conservative surgery and 53.4% underwent radical or total surgery; during surgery, 66.7% of patients underwent axillary dissection and 15% sentinel lymph node removal to evaluate lymph nodes and rule out whether the disease has begun to spread. The majority (70%) of the mastectomized patients have a good or regular level of self-care (26.7%) while only 3.3% are deficient. 75% of mastectomized patients have a high quality of life, 16.7% is medium and

only 8.3% is low. There is a statistically significant relationship with a p-value = 0.003 <0.05 and a calculated value of Chi square of independence $X^2 = 0.109$ between the level of self-care and the physical dimension of quality of life; there is a statistically significant relationship with a p-value = 0.004 <0.05 and a calculated value of Chi square of independence $X^2 = 3.818$ between the level of self-care and the social dimension of quality of life; there is a statistically significant relationship with a p-value = 0.007 <0.05 and a calculated value of Chi square of independence $X^2 = 1.728$ between the level of self-care and the psychological dimension of quality of life. **Conclusions:** There is a statistically significant relationship (p-value = 0.004 <0.05 and a calculated value of Chi square of independence $X^2 = 3.919$) between the self-care level and the quality of life of the mastectomized patients treated at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South, Arequipa 2017.

Key words: Self-care, Quality of life, mastectomized patients.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	iii
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	7
1.5. Limitaciones de la investigación	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de investigación	11
2.2. Base teórica	18
2.3. Definición de Términos	71
2.4. Hipótesis	74
2.4.1. Hipótesis general	74
2.4.2. Hipótesis específica	74
2.5. Variables	75
2.5.1. Definición conceptual de la variable	76
2.5.2. Definición operacional de la variable	78
2.5.3. Operacionalización de la variable	81

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y nivel de investigación	85
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	86
3.3. Población y muestra	87
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	88
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	92
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	93
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	94
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	122
CONCLUSIONES	126
RECOMENDACIONES	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTOS)	137

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 <i>Población en estudio según edad, IREN - SUR, Arequipa 2017</i>	95
Tabla 2 <i>Población en estudio según religión, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	96
Tabla 3 <i>Población en estudio según procedencia, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	97
Tabla 4 <i>Población en estudio según estado civil, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	98
Tabla 5 <i>Población en estudio según grado de instrucción, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	99
Tabla 6 <i>Población en estudio según ocupación, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	100
Tabla 7 <i>Población en estudio según número de hijos, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	101
Tabla 8 <i>Población en estudio según número de personas en casa, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	102
Tabla 9 <i>Población en estudio según sustento del hogar, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	103

Tabla 10	104
<i>Población en estudio según estadio de la enfermedad, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 11	105
<i>Población en estudio según tipo de operación, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 12	106
<i>Población en estudio según Resección del nódulo linfático, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 13	107
<i>Población en estudio según realización de biopsia, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 14	108
<i>Población en estudio según tratamiento, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 15	109
<i>Población en estudio según etapa de la enfermedad, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 16	110
<i>Población en estudio según enfermedad concomitante, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 17	111
<i>Población en estudio según mano dominante, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	

Tabla 18	112
<i>Población en estudio según situación económica, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 19	113
<i>Población en estudio según nivel de autocuidado, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 20	114
<i>Población en estudio según calidad de vida, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 21	115
<i>Población en estudio según nivel de calidad de vida en la dimensión física, IREN - SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 22	116
<i>Población en estudio según nivel de calidad de vida en la dimensión psicológica, IREN - SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 23	117
<i>Población en estudio según nivel de calidad de vida en la dimensión social, IREN - SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 24	118
<i>Correlación entre el autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	

Tabla 25	119
<i>Correlación entre el autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 26	120
<i>Correlación entre el autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	
Tabla 27	121
<i>Correlación entre autocuidado y calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017</i>	

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se caracteriza como un problema de salud de gran repercusión en la población femenina por su alta incidencia y mortalidad, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. El pronóstico y los tratamientos han mejorado notablemente y la supervivencia de las pacientes es elevada; sin embargo, la calidad de vida de la mujer se ve afectada porque surgen efectos físicos, psicológicos, sociales y hasta económicos, que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. Teniendo en cuenta, que la calidad de vida es un concepto subjetivo, por ende muy dinámico y depende de la perspectiva de cada paciente.

La presente investigación aborda el problema del Autocuidado y su relación con la Calidad de vida en pacientes mastectomizadas del “Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur”, de nuestra ciudad; que debería ser un proceso de rutina que aporte información valiosa al momento de planear actividades de intervención en las pacientes, de igual forma permite al profesional de salud, evaluar y monitorizar los efectos de las intervenciones realizadas.

La calidad de vida no sólo se evalúa en función de la cantidad de años libre de enfermedad, sino, implica evaluar si la paciente logró reinsertarse con facilidad a sus actividades diarias. En el aspecto físico, se espera que puedan desempeñar un rol físico similar al que tenían previo a la cirugía, por ello la rehabilitación y ejercicios forman parte del autocuidado para poder elevar la dimensión física de la calidad de vida; en el ámbito social, el trabajo, no sólo representa un factor económico, sino que contribuye a que se sientan útiles y realizadas y así también un acompañamiento psicológico las ayuda a superar la imagen de verse mutiladas; es así como se intenta abarcar todas las esferas y darle calidad a su nueva vida.

En el IREN – SUR las pacientes mastectomizadas reciben controles periódicos en medicina oncológica, Mastología, nutrición y psicología; sin embargo la gran

mayoría de las pacientes presentan algunas falencias en su autocuidado que pueden influir en su calidad de vida, por ello, se planteó el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida que poseen las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017; y, secuencialmente se formuló la hipótesis: Es probable que exista relación significativa entre autocuidado y calidad de vida en pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

La investigación se ha ejecutado desde la óptica del número de mediciones longitudinal transversal; no experimental, sustentando el diseño en un lineamiento metodológico descriptivo correlacional que permitió ponderar la relación entre las dos variables; la muestra señalada fue de 60 pacientes mastectomizadas, para lo cual se ha establecido como instrumento el Short-form Healthy Survey (SF-36), para medir la calidad de vida; y, el cuestionario de Autocuidado.

Se ha seleccionado información altamente confiable, de autores con vigencia y de notable trascendencia para el desarrollo del marco teórico y el diseño metodológico. Se ejecutó el trabajo de campo a través de la aplicación de los instrumentos, para lo cual se dialogó con el Director y Comité de Ética del IREN - SUR, obteniendo su visto bueno, previo acuerdo de entregarle una copia de los resultados investigativos, guardando las reservas del caso.

La tesis se ha diseñado y ejecutado según el esquema metodológico vigente, en cuatro capítulos; el primero, contiene el planteamiento del problema de investigación; el segundo, el marco teórico que sustenta nuestra investigación; el tercero, presenta la metodología de la investigación; el cuarto, la administración del proyecto o ejecución, destacándose la presentación de los resultados a través de un adecuado proceso estadístico de los datos. Se concluye el trabajo con las conclusiones, de las cuales emergen algunas importantes sugerencias. Se adiciona las fuentes bibliográficas consultadas y los anexos pertinentes que dan sustentabilidad y vigencia a la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Cáncer de Mama es un tumor maligno, donde las células de la glándula mamaria crecen sin control y con capacidad para invadir tejidos sanos, adyacentes y a distancia. La Mastectomía es un procedimiento quirúrgico en el que se extrae un seno, total o parcialmente, como parte de un plan terapéutico para el cáncer de seno, acompañado de consecuencias traumáticas en la vida y en la salud de la mujer. (1)

El cáncer de mama constituye un serio problema de salud, en el mundo se han registrado más de 410 000 defunciones cada año, que representa cerca del 14% de todas la muertes debidas al cáncer en las mujeres y un 1,6% de todas las defunciones femeninas en todo el mundo. (2)

En el Perú, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres. Se estima que cada año se presentan alrededor de 4300 nuevos casos (tasa de incidencia acumulada $34 \times 100\ 000$ mujeres) y 1365 muertes (tasa de mortalidad $10,8 \times 100\ 000$ mujeres). (3)

La calidad de vida está ligada al bienestar y la satisfacción de la paciente. Sin embargo, según la cirugía oncológica, la calidad de vida se relaciona con el estado de salud del usuario. (4) Tras un diagnóstico de cáncer de mama, la calidad de vida (CV) puede comprometerse física, psicológica y funcionalmente. Aparecen repercusiones psicológicas, con frecuencia estados de depresión y ansiedad asociados al temor que despierta una enfermedad potencialmente mortal, la recidiva tumoral y la incidencia sobre su imagen.

La manera de tratar el cáncer de mama ha cambiado radicalmente durante los últimos 10 años. El tratamiento multidisciplinar: quirúrgico, médico, radioterápico y hormonoterápico consigue excelentes porcentajes de curación pero sus efectos secundarios pueden incidir en la autoestima, el sentimiento de posible falta de atractivo hacia su pareja, de posible marginación laboral y social, estigmatización, etc., comunes a otros tipos de cáncer. (1)

La cirugía de la mama juntamente con los tratamientos coadyuvantes son procedimientos agresivos y acarrear problemas físicos y emocionales desfavorables a la vida de la mujer. (6) La mastectomía practicada ante un diagnóstico de cáncer mamario causa un impacto emocional intensamente perturbador, debido no sólo al significado de la enfermedad, sino también a la privación de un órgano. (7)

Después de una mastectomía, es frecuente que se produzcan molestias en la región de los hombros, cuello, cervicales y cabeza, apareciendo dolor e inmovilidad en la zona contribuyendo a atrofiar músculos y articulaciones. (8)

El autocuidado, permite identificar los requerimientos de las usuarias y determinar sus necesidades básicas para elevar su calidad de vida. El autocuidado, es una actividad que es aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, su propia existencia. (8)

La paciente mastectomizada debe aprender medidas de autocuidado que les ayude a prevenir las complicaciones y riesgos, a los que se ven expuestas después de la cirugía. (1)

En el Instituto de Enfermedades Neoplásicas del Sur de Arequipa de los 2062 casos de cáncer registrados en el año 2016, 281 casos pertenecen a cáncer de mama (9). Se ha percibido que la calidad de vida y el autocuidado de muchas de las mujeres mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Arequipa puede verse afectada y en algunos casos ser deficiente por causa de su enfermedad. Por lo general las principales esferas vitales afectadas son el aspecto físico, psicológico y espiritual con dudas e incertidumbre acerca de estado de salud, aspecto físico y realización de sus actividades diarias, entre otros.

Se ha evidenciado que los pacientes tras recibir el alta hospitalaria vuelven al hospital con reacciones como son náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, fiebre, cansancio, debilidad, atrofia muscular, dolor del cuello, linfedema y otros, como las infecciones o un recuento bajo de glóbulos blancos, que pueden ser potencialmente mortales; situaciones que si no se tratan a tiempo pueden ocasionar el deterioro de la salud e incluso la muerte.

La etapa posterior al tratamiento, es la rehabilitación, etapa donde debe considerarse aspectos particulares de la vida cotidiana que puedan verse modificados o no, para la programación adecuada del resto de su vida con la mejor calidad posible, que en la mayoría de las ocasiones supone una larga supervivencia libre de recaída.

El apoyo al paciente debe contemplar todo lo conveniente al autocuidado del paciente, que comprende el aspecto, físico, psicológico y social; donde la enfermera desempeña un papel muy importante dentro del equipo multidisciplinario de salud, aplicando el sistema de enfermería de Apoyo Educativo que forma parte de la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem; teniendo como principal objetivo promover el autocuidado del paciente en casa, evaluando e interviniendo en todos los problemas, tanto de salud física, psicológica y social. De esta forma, los pacientes obtienen la información necesaria para que participen de una manera más activa durante el tratamiento de su enfermedad.

Actualmente el área de enfermería trabaja por brindar una educación adecuada y absolver dudas en el menor tiempo posible, sin embargo, existen falencias en cuanto al manejo de la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas después de los tratamientos, la meta es desarrollar estrategias de autocuidado que reinserten a las pacientes a su vida cotidiana.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Existe relación entre el autocuidado y la calidad de vida que poseen las pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?

1.2.2. Preguntas Específicas

a. ¿Cuáles son las características demográficas de las pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?

- b. ¿Cómo es el autocuidado en pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?
- c. ¿Cómo es la calidad de vida en pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?
- d. ¿Existe relación entre el autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?
- e. ¿Existe relación entre el autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?
- f. ¿Existe relación entre el autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida que poseen las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a.** Identificar las características demográficas de las pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.
- b.** Caracterizar el autocuidado en pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.
- c.** Identificar la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.
- d.** Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.
- e.** Determinar la relación entre el autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.
- f.** Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito fundamental de la utilización y la medición del fenómeno de calidad de vida es proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida de la situación de vida de las mujeres mastectomizadas para determinar las características de la calidad de vida actual de las pacientes. Lo que orientará a las enfermeras(os) a conocer las necesidades y requisitos que demandan estas personas para el cuidado holístico de su salud y así gozar de una vida digna y de calidad.

La presente investigación es pertinente con el área de enfermería, puesto que dentro de sus competencias, la orientación al enfermo es otra de las actividades que debe desempeñar la enfermera(o) en su función docente, ya que a través de este proceso el enfermo obtiene los conocimientos básicos que le van a fortalecer sus conocimientos, agudizando sus capacidades, que le permitirán reconocer las manifestaciones que pueda presentar en su proceso de la enfermedad, necesidades propias y alteraciones posibles que pudieren presentarse en cualquier momento de la vida del enfermo permitiéndole a la vez actuar positivamente en pro de su salud y mejorar su calidad de vida.

La enfermera que trabaja en el área de oncología, tiene como rol fundamental brindar un cuidado integral al paciente, promoviendo la participación del paciente y familia. Asimismo, su atención debe centrarse en brindar una educación e información clara y concisa mediante la aplicación de un programa educativo sobre el autocuidado, a fin de disminuir los efectos secundarios y que contribuyan a sobrellevar el tratamiento a nivel físico, psicológico y social, para que de esta manera eleve su calidad de vida.

El personal de enfermería en todo momento debe considerar a la paciente mastectomizada como un ser que se encuentra en una etapa de transición y adaptación a una nueva forma de vivir y sobrellevar algunas molestias

consecuentes de la enfermedad que afectan a gran escala su calidad de vida. El profesional de enfermería tiene que estar en la capacidad de brindar educación a la paciente mastectomizada para que así conozca sobre el manejo de los cuidados que debe realizar en el hogar, y contribuya a evitar complicaciones en el estado de salud.

A partir de dicha investigación se puede aportar en cuidados de enfermería basados en los resultados, que sustentan éste constructo como de interés para el mejoramiento de la práctica de enfermería en la educación para el autocuidado, el conocimiento y percepción de la calidad de vida de las mujeres, después que se someten a dicha intervención quirúrgica. Además los datos sociodemográficos resultan de gran importancia como factores que intervienen y se relacionan con la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas.

Utilizando dicha investigación, se puede ayudar a diseñar estrategias, para captar mujeres mastectomizadas y así poder detectar las áreas críticas que hacen que su calidad de vida no sea adecuada y abordar el déficit de sus conocimientos para mejorar el autocuidado. El presente estudio está dirigido a determinar si existe una relación significativa entre la calidad de vida de la paciente y su autocuidado, identificando específicamente qué área de su vida se ve afectada, área física, social o psicológica.

Considerando que el cáncer es una enfermedad catastrófica de interés en la Salud Pública debido al impacto en los años de vida productiva perdidos, así como por los costos directos e indirectos que ocasiona al Sistema de Salud, todo esfuerzo de mejorar y optimizar el mensaje educativo es de vital importancia con ello se garantizará un cuidado integral no solo en el hospital sino en el hogar.

Los resultados de la investigación son útiles para el personal de enfermería para proponer programas y políticas en pro de la salud de la mujer, además de ser un ente motivador para ahondar en técnicas de promoción de la salud, el autocuidado y la calidad de vida.

Las investigaciones en enfermería sobre la mujer mastectomizada y su calidad de vida pueden ayudar, como elementos teóricos y metodológicos para modificar e innovar el planteamiento de las intervenciones de enfermería en la rehabilitación integral de la paciente mastectomizada. Esta investigación pretende cambiar el enfoque de las intervenciones terapéuticas, no sólo de enfermeras(os) sino de los distintos profesionales de la salud involucrados en la rehabilitación postmastectomía, de manera que puedan comprender y atender la realidad de la paciente.

Existen investigaciones sobre calidad de vida de enfermedades como hipertensión y diabetes; sin embargo, en cuanto a cáncer de mama son muy pocos los estudios, la originalidad reside en la percepción de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas, además de determinar la relación significativa entre el autocuidado y calidad de vida desde un enfoque enfermero, un enfoque diferente y holístico en el contexto arequipeño.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones que podemos encontrar en nuestro estudio viene derivada por el sesgo de selección. Debido a que la participación es totalmente voluntaria, y el grado de interés o motivación puede diferir de una a otra paciente. No se puede evitar el sesgo de voluntariado, si la paciente que proporciona la información tiene más interés en la investigación que otra.

Al tratarse de un estudio unicéntrico, que se desarrolló en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en Arequipa durante un periodo de tiempo concreto, la población en estudio es reducida y limitada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A continuación se detalla los estudios relacionados al tema práctica de autocuidado relacionado al nivel de conocimientos, estudiados por separado, resaltando las conclusiones de cada estudio y rescatando su aporte científico.

2.1.1. A Nivel Internacional

Izquierdo, M., Gonzalez, U., Alerm, A. y Jauregui, U. (2008) La Habana - Cuba, realizaron un estudio sobre: calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. El objetivo fue evaluar el impacto del diagnóstico, la cirugía y el tratamiento concomitante en su calidad de vida de un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. El estudio se realizó en 16 pacientes, con

diagnóstico de cáncer de mama, sometidas a tratamiento quirúrgico y oncoespecífico con una sobrevida no menor de un año. Para evaluar la calidad de vida de las pacientes se emplearon dos herramientas validadas de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer: la tercera versión del cuestionario QLQ-C30 y el módulo suplementario para cáncer de mama QLQ-BR23. Las conclusiones fueron entre otras, que: la calidad de vida del grupo de mujeres en estudio es similar a la de grupos de referencia.

El estado emocional de las pacientes cubanas es significativamente inferior a la de grupos normativos, pero se corresponde con el reportado para mujeres con cáncer de mama con igual tiempo de sobrevida. Los sentimientos de preocupación y depresión fueron los más afectados de los cuatro evaluados. Todas las pacientes fueron sometidas a intervención quirúrgica parcial o total de la mama afectada.

Una vez que se arribó al diagnóstico, el tiempo que transcurrió hasta el acto quirúrgico generó temor, ansiedad, idea de mutilación y conflicto con el inmediato cambio de imagen corporal y la repercusión de ello en la relación de pareja. No siempre fue posible informar previamente a la paciente de la magnitud de la operación y tres de ellas conocieron de la pérdida de la mama, luego del tratamiento quirúrgico. El tiempo que transcurre entre el reconocimiento médico inicial, el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, constituye un período donde el apoyo, comunicación y comprensión por parte de la pareja, familia, personal de salud y sociedad en general se hacen vitales para la enferma y favorecen el acto operatorio y la posterior recuperación del estado de salud físico y mental.

Este resultado orienta a la creación de estrategias dirigidas a la preparación y apoyo a la mujer antes y después del acto quirúrgico por un grupo multidisciplinario, donde la psicología aplicada a la Medicina tiene un papel trascendental. (12)

Mejía M. (2012) realizó en la Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia un estudio sobre: Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. El objetivo fue analizar la relación que existe entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

El estudio se realizó en 76 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en Cali provenientes del Valle y sur occidente Colombiano dato tomado del último Registro Poblacional de cáncer y la población todas las mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama en el Hospital Universitario del Valle (HUV) e instituciones privadas de la ciudad de Cali. Para evaluar la Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía, se utilizó el Cuestionario Sociodemográfico de las mujeres sometidas a mastectomía.

Este cuestionario fue elaborado por la investigadora y engloba aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados con el sistema de salud, aspectos clínicos como diagnóstico, tratamiento, reconstrucción. El Instrumento para medir Incertidumbre, Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad.

Escala de Imagen Corporal (BIS) Las conclusiones fueron entre otras: el efecto de mayor impacto en las mujeres mastectomizadas es la imagen corporal, viéndose afectada la calidad de vida. Dependiendo del modo de afrontamiento es el grado de incertidumbre que se genera a partir del diagnóstico y se mantiene a lo largo de todo el proceso si no ocurre una adaptación. El apoyo del equipo de salud pero en especial de enfermería se centra en un plan de cuidados que

permita disminuir y controlar factores de incertidumbre, mejorar la imagen corporal y potenciar elementos de calidad de vida. (11)

Marín, C., Martínez, D., Vera, F., Echeverri, S., Muñoz, D., Quelal, K., Sánchez, D. y Urbano, S. (2010) realizaron en Pereira – Colombia; un estudio sobre: calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama. El objetivo fue evaluar los efectos estresantes, dificultades psicopatológicas y el detrimento de su calidad de vida tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal en 58 mujeres entre 35 y 65 años, diagnosticadas con cáncer de mama que recibían tratamiento en Oncólogos del Occidente S.A., Pereira. Se aplicó una encuesta que evaluó: salud física, psicológica, relaciones sociales y vida sexual. El cuestionario fue validado a través de una prueba piloto y un análisis de confiabilidad interna.

Las conclusiones fueron entre otras, que: más de la mitad de las pacientes en tratamiento para cáncer de seno sexualmente activas e inactivas de la institución Oncólogos de Occidente S.A. tienen una calidad de vida en el rango “Buena”.

En conclusión, un poco más de la mitad de las pacientes sexualmente activas e inactivas de Oncólogos del Occidente S.A, reportan una buena calidad de vida ($T= 24,9$ y significancia estadística $<0,0001$), además las variables actividad sexual, actividad física y apoyo social mostraron relación directa con la calidad de vida en estas pacientes; mientras que en variables sociodemográficas como nivel de escolaridad, las pacientes que cumplieron estudios secundarios y universitarios mostraron mejor calidad de vida; ubicándose entre buena y muy buena, lo anterior como resultado de la aplicación de un cuestionario con una confiabilidad interna de 0,703, lo que indica que puede seguir siendo aplicado. (12)

2.1.2. A Nivel Nacional

Palacios, M. (2014) realizó en Chiclayo un estudio sobre: calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque 2008 – 2010. Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. El objetivo fue Determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama durante los años 2008-2010, después de un año de haber finalizado terapia adyuvante en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.

El estudio se realizó en 160 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama en los años 2008 - 2010, después de un año de haber finalizado terapia adyuvante. Para realizar la evaluación de calidad de vida se empleó el Cuestionario SF36 v2 versión española. Las conclusiones fueron: las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terminado el tratamiento adyuvante, presentan buena calidad de vida; las dimensiones Rol emocional y Salud general fueron las más comprometidas.

Las dimensiones de calidad de vida con menor puntaje fueron: rol emocional (70,7 +/- 40,8) y salud general (64,8 +/- 19,6). No se encontraron diferencias en la calidad de vida según tipo de terapia adyuvante, tipo de mastectomía y año de cirugía. No hay diferencias en la calidad de vida según tipos de mastectomía parcial y total, sin embargo las mastectomizadas en el 2008 presentaron mejor calidad de vida en el dominio salud Física.

Las mujeres sin instrucción, con primaria completa e incompleta, presentaban mejor calidad de vida en el dominio Físico en comparación con aquellas mujeres que tenían secundaria, superior completo o incompleto. Además no se halló asociación entre la calidad de vida y el tener pareja. Las mujeres jóvenes mastectomizadas por cáncer de mama, presentan mejor calidad de vida. (13)

Soto-Cáceres, R. Soto, V. (2012) realizaron en Chiclayo un estudio sobre: nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. El objetivo del estudio fue comparar el nivel de percepción de calidad de vida en pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama sin en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo 2012.

Se realizó un estudio analítico tipo de casos y controles emparejados. Los Casos fueron 38 pacientes con neoplasia confirmada estadio operable intervenidas con cirugía radical (mastectomizadas) Controles: 38 pacientes con neoplasia confirmada estadio operable, que no han tenido cirugía radical (no mastectomizadas) del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Se aplicaron los cuestionarios de calidad de vida EORTC QLQ C-30 y QLQ BR-23. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.

Las conclusiones entre otras, fueron: Se concluye que la percepción global de calidad de vida en las pacientes con intervención quirúrgica radical de cáncer de mama (mastectomía) es mala en una de cada cinco mujeres y en los controles es el 15,8% y el nivel de percepción de mala calidad de vida en pacientes con cáncer de mama con la intervención quirúrgica radical se afecta solo en 5,27% más respecto a las pacientes que no tuvieron mastectomía.

Se recomienda tener en cuenta los aspectos que presentan mayor proporción y puntajes promedios altos en síntomas que deben ser mejorados y controlados, así como los que tienen menor proporción y puntajes promedios en funciones los que deberían ser incrementados pues indica la satisfacción de la persona. (14)

2.1.3. A Nivel Local

Quicaño, L. (2010) realizó en Arequipa un estudio sobre: “Nivel de conocimientos sobre autocuidado en relación a los estilos de vida en mujeres mastectomizadas de la asociación paz y amor, Arequipa 2010”. El objetivo fue establecer la relación entre nivel de conocimientos sobre autocuidado y estilos de vida, para efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo de diseño correlacional de corte transversal. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: no existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre autocuidado y los estilos de vida, según la prueba de Somers que nos da un valor de significancia de 0,652; que nos es menor al valor umbral de 0,05.

En el análisis disgregado del aspecto bio – físico, los diversos componentes tuvieron un calificativo de bueno; mientras que en el aspecto de alimentación y tratamiento tuvo un calificativo de regular, en relación al aspecto socio – emocional, los diversos componentes calificaron como bueno. En el nivel de conocimientos integralmente, un 86,7% fue bueno y un 13,3% regular. En estilos de vida integralmente, un 60% correspondió a moderadamente saludable y el menor porcentaje a no saludable con el 16,7%. (15)

Vera, Y. (2009) realizó en Arequipa un estudio sobre: “comportamiento en la prevención de cáncer de mama de las pacientes que acuden al consultorio de ginecología del centro de salud de Mariano Melgar MINSA, Arequipa - 2009”. El presente trabajo de investigación tuvo como motivación la alta tasa de mortalidad que ocasiona el cáncer de mama, en la provincia de Arequipa.

El presente estudio es descriptivo de corte transversal ya que es un procedimiento con ausencia de seguimiento en el que la comunidad o muestra representativa son estudiadas en un momento dado. Su carácter transversal viene determinado porque el problema estudiado es medido en un punto específico de tiempo. Es un estudio,

descriptivo, porque su objetivo es describir un fenómeno, tanto en el tiempo como en el espacio, sobre los comportamientos de las unidades de estudio estando la muestra constituida por 44 pacientes. Los datos fueron recolectados mediante encuestas individuales, utilizando un formulario de preguntas, previa aprobación del Médico Jefe del Centro de Salud de Mariano Melgar.

Los resultados obtenidos permiten concluir: que las pacientes que acuden al Servicio de Ginecología del Centro de Salud de Mariano Melgar MINSA presentan en un 54,5% comportamientos negativos frente a la prevención del cáncer de mama. (16)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Modelo Teórico de Enfermería: Dorothea Orem – Teoría del Déficit de Autocuidado

Dorothea Orem en su “Teoría del déficit de autocuidado”, una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. (17)

A. Metaparadigmas

- **Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos

colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

- **Salud:** La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- **Enfermería:** Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. (18)

B. Teoría de Autocuidado

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

misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (18)

Requisitos del Autocuidado

Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud. (19)

- **Requisitos Universales**

Son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos requisitos proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración, fomentando positivamente la salud y el bienestar. Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son

determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona. (18)

- **Requisitos de Desarrollo**

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez. (19)

- **Requisitos de Desviación de la Salud**

Entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, los inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia. (18)

- **Agencia de Autocuidado**

Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de

cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. (19)

C. Teoría de Déficit de Autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida. (18)

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería, las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras. Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos. (18)

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de

Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

D. Teoría de Sistemas de Enfermería

Para D. Orem, el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (17)

Todas las teorías expuestas se articulan en la teoría de los sistemas de enfermería, porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. (19)

Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

E. Tipos de Sistemas

- **Sistema parcialmente compensador:** es cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- **Sistema totalmente compensador:** es cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo
 - Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente.
 - Paciente encamado con reposo absoluto.
- **Sistema de apoyo educativo:** es cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.
- **Agencia de enfermería:** es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de

autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por si mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes. (19)

2.2.2. Adaptación de la Teoría

El objetivo de un modelo o teoría, es fundamentar el trabajo de enfermería sobre una base científica; de esta manera existe un sustento que orienta los cuidados y que convierte al proceso de atención de enfermería (PAE) en una herramienta que permite entregar cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional.

La implementación de teorías en la práctica trae beneficios a la disciplina, ya que contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud, involucra la utilización de un lenguaje profesional característico, además se manejan conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica. Usar las teorías contribuye a distanciar a la enfermería del enfoque biomédico que por mucho tiempo ha primado y la ha influenciado.

La aplicación del modelo de Orem se puede realizar a través del proceso de enfermería, utilizando las tres teorías que componen el modelo, la “Teoría de Autocuidado” para realizar la etapa de valoración, la “Teoría de Déficit de Autocuidado” para realizar la etapa de diagnóstico y finalmente se la “Teoría de Sistemas” para las etapas de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.

De hecho, la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada en última instancia por la

colaboración del paciente, que también influye en la adherencia al tratamiento no farmacológico como lo son el régimen, la dieta, la actividad física entre otros factores externos e internos. Es precisamente esto último lo que nos lleva a pensar en la utilidad del aporte de Dorothea Orem. Ella concibe a quienes reciben los cuidados de enfermería como personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, y también capaces de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir para realizar el autocuidado. Desde ésta perspectiva, la enfermera actúa como educadora, para mejorar el autocuidado y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar la compensación de la patología del paciente. (20)

2.2.3. Marco Conceptual

A. Cáncer

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen.

Existen distintas formas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y

tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata.

Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. (21)

B. Cáncer de Mama

La mama está formada principalmente por tejido adiposo, dentro de este tejido se encuentra una red de conductos minúsculos que conectan las glándulas, los lóbulos y los lobulillos, y transportan la leche desde los lóbulos al pezón, ubicado en el centro de la areola. Toda la mama está irrigada por vasos sanguíneos y linfáticos; la sangre irriga las células, y el sistema linfático drena los productos de desecho corporal. Los vasos linfáticos se conectan con los ganglios linfáticos, que son órganos diminutos con forma de poroto que ayudan a combatir las infecciones.

Los cánceres de seno pueden originarse en diferentes partes del seno, la mayoría comienza en los conductos que llevan la leche hacia el pezón (cánceres ductales), algunos cánceres se originan en las glándulas que producen leche (cánceres lobulillares), también hay otros tipos menos

comunes del cáncer de seno. Un pequeño número de cánceres comienza en otros tejidos del seno; a estos cánceres se les llama sarcomas y linfomas, y en realidad no se consideran cánceres de seno, aunque muchos tipos de cáncer de seno pueden causar una protuberancia (bulto o masa) en el seno, no todos lo hacen. (22)

La investigación ha demostrado que no existe una causa única conocida del cáncer de mama, se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra, entre los factores de riesgo están: la edad; la mayoría de los casos se diagnostican en mayores de 40 años, tener antecedentes familiares de primer grado de cáncer de mama, menarquía precoz y menopausia tardía, el no tener hijos es decir nuliparidad o tener el primer embarazo después de los treinta años, padecer de obesidad y consumir alcohol.

El cáncer de mama se origina cuando las células normales en la mama empiezan a cambiar y a crecer sin control y forman una masa llamada tumor. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso, lo que significa que se puede diseminar a otras partes del cuerpo).

El cáncer de mama se disemina cuando las células cancerosas se desplazan a otros sitios del cuerpo a través de los vasos sanguíneos o linfáticos. Esto se denomina metástasis. Lo más frecuente es que el cáncer de mama se extienda hacia los nódulos linfáticos de la región. Pueden ser axilares (ubicados debajo del brazo), cervicales (ubicados en el cuello) o supraclaviculares (ubicados inmediatamente arriba de las clavículas). Cuando se extienda a otras partes

del cuerpo con frecuencia se ven afectados los huesos, los pulmones y el hígado. Más raramente, el cáncer de mama puede diseminarse al cerebro. El cáncer también puede reaparecer (regresar después del tratamiento) localmente en la piel, en la misma mama (si el tratamiento no incluyó extirpación), en otros tejidos de la región torácica o en otras partes del cuerpo. (23)

C. Factores de Riesgo

- a. **Edad:** el riesgo aumenta con la edad. La mayoría de cánceres de mama se produce sobre los 50 años; a los 60 el riesgo es más elevado y resulta muy poco frecuente por debajo de los 35 años, aunque también es posible.
- b. **Sexo:** las mujeres son las más propensas a desarrollar cáncer de mama. Los hombres también pueden sufrirlo, pero la probabilidad es de uno por cada cien mujeres.
- c. **Antecedentes familiares:** las posibilidades aumentan si una hermana, madre o hija ha sufrido esta enfermedad. Además este riesgo se eleva si el familiar que ha padecido cáncer lo ha hecho antes de la menopausia, o si ha afectado a los dos senos.
- d. **Haber sufrido otro cáncer:** el riesgo de cáncer de mama aumenta si se ha sufrido previamente otro cáncer, especialmente de ovario o de colon, o un carcinoma lobular o *ductal in situ* (dos tipos de tumor maligno que aparecen en los lóbulos o en los conductos galactóforos de los senos, o conductos mamarios). Otro posible factor

de riesgo es una hiperplasia benigna, una especie de tumor no maligno, que altera el tejido del seno.

- e. **Menopausia tardía** (Posterior a los 55 años).
- f. **No haber tenido hijos**, o el primer parto a partir de los 30 años.
- g. **Factores medioambientales**: se está investigando la posible influencia de pesticidas, campos electromagnéticos o contaminantes en agua y comida.
- h. **Estilo de vida**: algunas investigaciones han hallado un posible vínculo entre el consumo de alcohol y el desarrollo de cáncer de mama.
- i. **Obesidad**: a pesar de no tener ninguna constatación científica definitiva, muchos investigadores indican que seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, así como practicar ejercicio físico de forma regular pueden ayudar a prevenir la aparición del cáncer de mama.
- j. **Estrés**: una vida activa hasta límites excesivos no es conveniente ni beneficiosa. Llevar una vida estresante es nocivo para la salud y, en consecuencia, puede favorecer la aparición de enfermedades.
- k. **THS**: ciertos investigadores indican que a partir de los 10 años con terapia hormonal sustitutiva (THS) puede aumentar el riesgo de cáncer, puesto que el riesgo de

cáncer existe entre las que siguen la terapia hormonal, no entre las que la siguieron en un pasado.

- l. Alteraciones genéticas:** alteraciones específicas en ciertos genes (BRCA1, BRCA2 y otros) aumentan el riesgo de cáncer de mama. Estas alteraciones son.

- m. Antecedentes de Reproducción y Menstruación:** la evidencia indica que: cuantos más años tiene la mujer cuando da a luz a su primer hijo, mayor será la probabilidad de que desarrolle cáncer de mama. Las mujeres que empezaron a menstruar a una edad temprana (a los 11 años o menos), que tuvieron la experiencia de una menopausia tardía (después de los 55 años de edad) o que nunca tuvieron hijos, también tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama.

- n. Densidad de la Mama:** los tumores de mama, casi siempre, se desarrollan en el tejido denso del pecho (no en el tejido graso). Las mujeres en quienes las mamografías muestran que tienen mucho tejido denso parecen presentar un riesgo mayor de cáncer. Las anomalías en las mamas densas pueden detectarse con más dificultad en una mamografía.

- o. Dieta:** además una dieta escasa en verduras, fruta fresca, pescado y vitaminas A, C y D constituye una dieta de riesgo. Los estudios han encontrado que la obesidad y el sobrepeso en las mujeres postmenopáusicas aumentan el riesgo de cáncer de mama. Algunos estudios sugieren que el consumo moderado de alcohol

también puede aumentar las probabilidades de una mujer de desarrollar esta enfermedad. El ejercicio, especialmente en mujeres jóvenes, puede disminuir los niveles hormonales y la incidencia de este tumor.

D. Factores Protectores

Ciertos factores brindan protección contra el desarrollo de cáncer mamario:

- a. El ejercicio vigoroso y regular; reduce la cantidad de grasa corporal, donde se almacenan y producen estrógenos a partir de otras hormonas esteroides. Por tanto, la reducción de grasa corporal disminuye la exposición prolongada a estrógeno.
- b. El embarazo disminuye el número de ciclos menstruales ovulatorios.
- c. La lactancia disminuye el riesgo porque evita que se reanude la menstruación, lo que también disminuye la exposición a estrógenos endógenos.
- d. Cumplir con un embarazo a término antes de los 30 años de edad también da protección, ya que se liberan hormonas protectoras después del alumbramiento para revertir la proliferación celular en las mamas que ocurre con el embarazo.

E. Manifestaciones Clínicas

Las lesiones no son sensibles ni dolorosas, fijas y duras con bordes irregulares. El dolor intenso a la presentación puede

asociarse con cáncer mamario en etapa tardía. Se diagnostican tras la aparición de síntomas como:

- a. Cambios de tamaño en alguna de las mamas.
- b. Masa o engrosamiento palpable indoloro en un 75% de los casos.
- c. Irregularidades en el contorno.
- d. Cambios en la piel y en color, aparición de lo que se denomina piel de naranja, eritema de la piel.
- e. Cambios en el pezón, como puede ser: retracción del mismo, ulceración y secreción.
- f. Dolor en la mama a la palpación.
- g. Adenopatías: axilar y supraclavicular.

Otras manifestaciones de compromiso sistémico, cuando se ha producido metástasis a otros sitios y los síntomas dependen del órgano afectado como:

- a. Tos, taquipnea, derrames pleurales.
- b. Hepatomegalia.
- c. Cefalea.
- d. Dolor óseo localizado.

F. Diagnóstico

La mamografía es una prueba de imagen por rayos X que detecta la presencia del tumor en la mama, antes de que sea perceptible al tacto. Al ser el mejor método de detección, los especialistas recomiendan que todas las mujeres se realicen esta prueba cada año, a partir de los 50-55 años.

Estas pruebas pueden completarse con otras más específicas, para detectar la gravedad del cáncer, tales como una resonancia magnética (RM), una ultrasonografía, o una biopsia, en la que se toma parte del tejido afectado para analizar en el laboratorio las características de las células cancerosas.

G. Tipos de Cáncer

La mayoría de los casos de cáncer de mama comienza en los conductos o lóbulos. Casi el 75% de todos los casos de cáncer de mama comienza en las células que recubren internamente los conductos de la leche y se denomina carcinoma ductal.

El cáncer que comienza en los lobulillos se conoce como carcinoma lobular. Si la enfermedad se ha diseminado fuera del conducto hacia el tejido circundante, se denomina carcinoma ductal invasivo o infiltrante.

Si la enfermedad se ha diseminado fuera del lobulillo, se llama carcinoma lobular invasivo o infiltrante. Cuando la enfermedad no está extendida se la denomina “in situ”, que quiere decir “en el lugar”. La forma en la que la enfermedad se desarrolla y extiende, así como el tratamiento, dependen de si se trata de un carcinoma ductal in situ (DCIS) o carcinoma lobular in situ (LCIS). (23)

La mayor parte de los cánceres de mama in situ son DCIS, los oncólogos recomiendan que el carcinoma DCIS se extirpe quirúrgicamente para ayudar a prevenir que se convierta en un cáncer invasivo y que se disemine a otras partes de la mama o del cuerpo. El LCIS no se considera cáncer, es controlado por el médico y constituye un factor de riesgo para el cáncer de mama.

Otros tipos de cáncer de mama menos comunes incluyen el cáncer medular, mucinoso, tubular metaplásico y papilar de mama. El cáncer inflamatorio de mama es un tipo de cáncer de rápido crecimiento que representa aproximadamente del 1% al 5% de todos los casos de cáncer de mama. (23)

En cuanto a los tumores, estos se dividen en benignos que tienen como característica que sus límites están circunscritos, tienen movilidad, son incapaces de invadir los tejidos vecinos, y tumores malignos que poseen límites difusos, con invasión de los tejidos que lo rodean y la posibilidad de reincidir después de su extirpación; se distinguen diferentes estadios dependiendo de su evolución estos se clasifican en (24):

- Estado O: carcinoma in situ, carcinoma intraductal o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
- Estado I: tumores localizados en la mama, de 2 cm o menos en su mayor dimensión.
- Estado II: tumores sin compromiso ganglionar de más de 2 cm, pero no más de 5 cm en su mayor dimensión.
- Estado III: tumores con compromiso ganglionar de más de 5 cm en su mayor dimensión.
- Estado IV: tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o piel (la pared torácica incluye arcos costales, músculos intercostales y músculo serrato anterior, pero no en el músculo pectoral).

TNM es la abreviatura en inglés de tumor (T), ganglio (N) y metástasis (M). Los médicos tienen en cuenta estos tres factores para determinar el estadio del cáncer:

- ¿Qué tamaño tiene el tumor primario y dónde está ubicado? (Tumor, T).
- ¿El tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos? (Ganglio, N, en inglés).
- ¿El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo? (Metástasis, M).

a. Tumor. Mediante el sistema TNM, se utiliza la “T” más una letra o número (0 a 4) para describir el tamaño y la ubicación del tumor. Algunos estadios se dividen en grupos más pequeños que permiten describir el tumor con aún más detalle.

b. Ganglio. La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio linfático. Los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo, arriba y debajo de las clavículas y debajo del esternón se denominan ganglios linfáticos regionales.

c. Los ganglios linfáticos ubicados en otras partes del cuerpo se denominan ganglios linfáticos distantes.

d. Metástasis a distancia. La “M” en la abreviatura del sistema TNM indica si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo. (23)

H. Tratamiento

El tratamiento del cáncer de la mama tiene un carácter multimodal, donde la cirugía es fundamental en el control local del tumor primario y la enfermedad regional, mientras los tratamientos sistémicos están dirigidos al manejo de la

enfermedad sistémica, probada o potencial, al tiempo que la radioterapia contribuye a mejorar el control local.

Es tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer recidiva. La terapia adyuvante puede incluir quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal.

Quimioterapia: la quimioterapia consiste en una combinación de medicamentos que han de ser administrados periódicamente durante un tiempo para eliminar las células cancerosas. Los medicamentos utilizados son tóxicos para las células y se aprovecha de la falta de control y crecimiento desordenado de las células tumorales para cumplir con su misión: reducir o eliminar el tumor. (23)

Radioterapia: es el uso de determinado tipo de radiación llamada «radiación ionizante» para destruir células tumorales y así disminuir el tamaño de los tumores e incluso lograr que desaparezcan. Tiene una acción local sobre una enfermedad localizada; por tanto lo eficaz de la radiación y los eventuales efectos secundarios son localizados.

Hormonoterapia: empleo terapéutico de las hormonas. Puede llevarse a cabo de cuatro maneras, sintomático; cuando se pretende eliminar o disminuir ciertos síntomas, sustitutivo cuando se utiliza para sustituir la deficiencia natural de la misma, compensador cuando se compensa un desequilibrio hormonal e inhibidor cuando al administrar la hormona lo que se pretende es dejar la glándula en reposo. (23)

I. Radioterapia

La radioterapia es el uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para matar las células cancerosas. El tipo más común de tratamiento de radiación se denomina radioterapia de haz externo, que se aplica desde una máquina externa al cuerpo. Cuando el tratamiento de radiación se aplica mediante pequeñas semillas o cápsulas radioactivas, se denomina radioterapia interna o braquiterapia. En general, un régimen (plan) de radioterapia consiste en una cantidad específica de tratamientos que se administran en un plazo de tiempo determinado.

Después de una tumorectomía, se aplica radioterapia adyuvante con regularidad durante un número determinado de semanas a fin de eliminar las células cancerosas que permanecen cerca del sitio del tumor o en cualquier otra parte de la mama. Esto ayuda a disminuir el riesgo de recurrencia en la mama.

La radioterapia adyuvante se recomienda para algunas mujeres después de la mastectomía según el tamaño del tumor, el número de ganglios linfáticos cancerosos debajo del brazo y el ancho del margen de tejido circundante al tumor extirpado por el cirujano.

La radioterapia neoadyuvante es la radioterapia que se aplica antes de la cirugía para disminuir el tamaño de un tumor grande y facilitar su extirpación.

La radioterapia puede causar efectos secundarios, entre ellos, fatiga, hinchazón de la mama y cambios en la piel. Si bien se piensa que la exposición a la radiación puede ser un factor de riesgo de cáncer al cabo de varios años, menos de uno de cada 500 supervivientes desarrollan un tipo de cáncer

diferente al cáncer de mama (en general, un tipo de cáncer llamado sarcoma) en el área en que fueron tratados. (23)

a. Efectos Secundarios

- Cuando se inicia la radioterapia se produce una reacción a la radiación. Inicialmente provoca eritema o palidez de la piel y las membranas mucosas, que puede progresar a descamación seca o húmeda. Si hay afectación de las mucosas, puede haber dolor e inhibición de las secreciones normales así como alteración en algunas funciones.
- Depresión del sistema hematopoyético, por lo que predispone a la paciente a la infección. Pueden aparecer escaras en el tejido y las subsiguientes hemorragias.
- Externamente, alopecia en la zona irradiada (mama, axila, tórax), irritación de la piel, tirantez, oscurecimiento e hipertermia cutánea.

b. Complicaciones

- La complicación más temida es la radiodermitis. Se inicia con un pequeño eritema, que se puede tratar manteniendo la piel seca y aireada, pueden emplearse soluciones con manzanilla y secado de la piel sin frotar.
- Cuando aparece descamación seca, prurito y vesículas, debe suspenderse el tratamiento y proceder a curas específicas con cremas corticoides, vendajes

con apósitos de silicona, antiinflamatorios, control y tratamiento de la infección.

J. Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas, generalmente al inhibir su capacidad para proliferar y dividirse. La quimioterapia sistémica se administra a través del torrente sanguíneo para que alcance las células cancerosas de todo el cuerpo. El profesional que receta este tratamiento es un oncólogo clínico, un médico que se especializa en el tratamiento del cáncer con medicamentos.

La quimioterapia puede administrarse por vía intravenosa (inyectada en una vena) o, en ocasiones, por vía oral (por la boca), y generalmente se administra en ciclos. La quimioterapia puede administrarse antes de la cirugía para reducir el tamaño de un tumor grande y el riesgo de recurrencia, o después de la cirugía para reducir el riesgo de recurrencia. La quimioterapia también se administra con frecuencia en el momento de la recurrencia del cáncer de mama metastásico.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del paciente y del medicamento y la dosis que se utilicen, pero pueden incluir fatiga, riesgo de infección, caída del cabello, náuseas, vómitos, pérdida del apetito y diarrea. Estos efectos secundarios suelen desaparecer una vez finalizado el tratamiento. En casos excepcionales, pueden presentarse efectos secundarios a largo plazo, como daño cardíaco o neurológico o cánceres secundarios, pero los estudios han

revelado que estos efectos secundarios no reducen el tiempo de vida de las mujeres. (23)

a. Composición

- **Alquilantes:** actúan sobre el ADN evitando que la célula cancerosa se reproduzca. A esta familia pertenece busulfán, cisplatino, ciclofosfamida, dacarbazina, ifosfamida, mecloretamina y melfalán.
- **Antimetabolitos:** interfieren en el crecimiento del ADN y del ARN celular. Se encuentran en este grupo: 5-fluoracilo, metotrexato, gemcitabina, citarabina y fludarabina.
- **Antibióticos antitumorales:** actúan en el ADN deteniendo la acción de ciertas enzimas causantes de la mitosis (división por la que se reproducen las células). Algunos de ellos son la bleomicina, dactinomicina, daunorubicina, doxorubicina e idarrubicina.
- **Inhibidores de la mitosis:** son sustancias de origen natural que frenan la mitosis (fórmula de reproducción celular). Estos inhibidores incluyen el paclitaxel, docetaxel, etoposida, vinblastina, vincristina y vinorelbina.

La quimioterapia se administra generalmente por vía intravenosa, aunque algunas veces pueden darse quimioterápicos por vía oral o incluso intramuscular.

Normalmente se deja de una a cuatro semanas entre una administración y otra de quimio. Estos ciclos o cursos los establece el oncólogo según el grado de enfermedad y la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia. (25)

b. Efectos Secundarios

Durante el tratamiento con agentes quimioterapéuticos se produce cierto grado de lesión de las células normales, sobre todo en aquellos tejidos que proliferan con rapidez, la medula ósea, el epitelio gastrointestinal y los folículos pilosos. Que sufren los efectos tóxicos de los fármacos cito tóxicos.

c. Toxicidad Hematológica

- La leucopenia, secundaria al tratamiento, es más frecuente que la aparición de la anemia. La presencia de granulocitopenia predispone a un gran riesgo de presentar infecciones, que pueden ocasionar graves consecuencias para la vida de la paciente y que deberán tratarse en los servicios de oncología y urgencias médicas.
- La anemia aparece en tratamientos muy prolongados, es reversible con la interrupción del tratamiento. Aparece habitualmente asociada con la leucopenia, plaquetopenia y la trombocitopenia.

Todos estos efectos secundarios serán controlados por el equipo oncológico mediante la prevención y la profilaxis de la infección.

d. Afectación Gastrointestinal

Se producen cambios en los hábitos gastrointestinales y pueden aparecer:

- Diarreas, que se tratan con dietas astringentes, hidratación y tratamiento farmacológico.
- Estomatitis o Mucositis oral, que pueden oscilar desde un eritema de la mucosa hasta ulceraciones sangrantes. Una higiene bucal buena y frecuente prevendrá su aparición y gravedad. Pueden emplearse preparados con leche de magnesia.
- Náuseas y vómitos, que interferirán en el desarrollo del trabajo cotidiano de la paciente. Alteraciones en el estado nutricional. La aplicación de técnicas de relajación y de pautas de adaptación de comidas mejor toleradas y de horarios con relación al tratamiento puede favorecer una mejoría del estado nutricional.

e. Alopecia

El cabello se cae espontáneamente o al peinarse, a menudo en mechones; puede clarear o caer por zonas. La pérdida del pelo puede darse en otras partes del cuerpo, además de la cabeza, pero no puede predecirse con precisión, cada paciente es diferente. Esta alopecia nunca es permanente. Sería aconsejable sugerir a la

mujer la posibilidad de usar peluca y escoger una antes de la caída total del cabello. Es posible que desee que el peinado y el color sean los mismos que tiene habitualmente.

f. Efectos en la Piel

Se pueden producir reacciones cutáneas que provoquen hiperpigmentación, cambios en las uñas, fotosensibilidad. Otras reacciones graves serán las producidas por extravasaciones en la aplicación de fármacos vesicantes.

g. Esterilidad

Existe la posibilidad de un efecto lesivo sobre el desarrollo genético y fetal.

Debe incluirse en la educación de la paciente la información sobre el control de natalidad y el consejo genético. El profesional enfermero orientara a la paciente y su cónyuge hacia los profesionales adecuados.

h. Hormonoterapia

El tratamiento hormonal estándar se realiza con Tamoxifeno en dosis de 20 mg/día durante cinco años, aunque, hay estudios que indican un efecto más beneficioso si se prolonga hasta los diez años. Las mujeres postmenopáusica deberán controlarse periódicamente con relación a la aparición de patología endometrial y vascular:

- **Tamoxifeno:** es el tratamiento hormonal utilizado con más frecuencia en el cáncer de mama. Evita la liberación de estrógenos, con el fin de que las células afectadas por el cáncer no sigan extendiéndose.

- **Toremifeno:** es un modulador del receptor estrogénico y parece haber demostrado eficacia en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer de mama.
- **Progestágenos:** estas hormonas se producen de forma natural en el organismo de las mujeres, pero sus derivados artificiales pueden ser útiles en determinados tumores de mama. Junto con los progestágenos, otras terapias hormonales pueden ser la aromatasa, los análogos de la LHRH y la somatostatina, estos últimos suelen utilizarse entre las pacientes postmenopáusicas.

La exéresis de los ovarios que producen hormonas femeninas se considera hormonoterapia. Otros fármacos utilizados son: el anastrozol, la medroxiprogesterona y el acetato de megestrol. (1)

K. Mastectomía

Dentro de las diferentes intervenciones encontramos tres tipos de tratamiento: cirugía, radioterapia y quimioterapia, siendo la cirugía de extirpación mamaria o mastectomía el tratamiento de elección, la cual en primera instancia busca la conservación del seno, extirparlo solo el tejido tumoral y un borde del tejido circundante (mastectomía parcial o tumorectomía), la cual por lo general se realiza en pacientes con poca extensión de la enfermedad y es seguida de radioterapia. (26)

La mastectomía radical modificada, una técnica menos mutiladora, practica la mastectomía total pero conservando el músculo pectoral mayor. Los estudios comparativos entre la mastectomía radical estándar y la mastectomía radical

modificada han revelado que no hay ninguna diferencia significativa en el pronóstico. Sin embargo, es una cirugía menos extensa para proporcionar a los pacientes una mejor calidad de vida, la mastectomía radical modificada ha sido elegida (frente a la mastectomía radical estándar) como el procedimiento quirúrgico estándar para el cáncer de mama temprano. (4)

a. Mastectomía Parcial

La cirugía para conservar el seno también llamada lumpectomía extirpa el cáncer junto con un pequeño borde de tejido normal sano (llamado margen negativo o limpio), el objetivo es preservar la mayor cantidad de seno posible; durante la cirugía para el cáncer invasivo, también pueden extirparse uno o más ganglios linfáticos para comprobar si el cáncer se diseminó más allá del seno. La cirugía para conservar el seno casi siempre va seguida de terapia de radiación para ayudar a destruir cualquier célula cancerígena restante.

Las mujeres con un área pequeña de cáncer de seno que pueden someterse a radioterapia generalmente pueden optar por la cirugía de conservación del seno. (26)

b. Mastectomía Total

En contraste con la mastectomía radical modificada, en este procedimiento se extirpan en conjunto mama, ganglios axilares y músculos pectorales mayor y menor. En ocasiones, es necesario reseca una gran cantidad de piel, por lo que el defecto cutáneo puede ser reparado con colgajos o injertos.

También llamada mastectomía simple, extirpa el seno, incluido el pezón, pero sin extraer los ganglios linfáticos de la axila. Se utiliza con mayor frecuencia en mujeres con áreas extensas o múltiples de carcinoma ductal *in situ* (DCIS). También se utiliza para reducir en gran medida el riesgo en mujeres que tienen muchas probabilidades de contraer cáncer de seno (llamada mastectomía profiláctica). Extirpar prácticamente todo el tejido del seno deja atrás muy pocas células que podrían desarrollarse en cáncer. (26)

c. Mastectomía Radical Modificada

Extirpa el seno, incluidos el pezón, algunos de los ganglios linfáticos de la axila y el recubrimiento de los músculos del pecho. La mastectomía se utiliza con mayor frecuencia si se detecta cáncer en más de un área del seno, o si el cáncer es muy grande con relación al tamaño del seno. Por lo general, se recomienda a mujeres que no pueden, o no desean, someterse a terapia de radiación después de la cirugía.

Asimismo, algunas mujeres que reúnen los requisitos para someterse a una cirugía de conservación del seno pueden preferir la mastectomía.

La mayoría de las mujeres que se someten a una mastectomía también pueden tener una cirugía reconstructiva de seno. (26)

d. Extirpación de Ganglios Linfáticos

La extirpación de los ganglios linfáticos puede realizarse con la cirugía de conservación de seno o con la mastectomía. (26)

e. Disección de Ganglios Linfáticos Axilares

Extirpa ganglios linfáticos (10 o más) del área de la axila. Luego, los ganglios linfáticos se examinan bajo un microscopio en busca de células cancerígenas. Detectar cáncer en cualquiera de estos ganglios significa que las células cancerígenas pueden haberse extendido a otras partes del cuerpo. (27)

f. Biopsia del Ganglio Linfático Centinela

Una forma nueva y menos invasiva para detectar si el cáncer se propagó. Se extirpa solo los primeros 1 a 3 ganglios (llamados ganglios centinelas) que son los que más probabilidades tienen de contener células cancerígenas. Si no se halla células cancerígenas en los ganglios centinelas, es muy probable que el cáncer no se haya extendido a otras partes del cuerpo; también puede utilizarse en algunas mujeres que presentan tumores de 5 cm o menos. (28)

El ganglio centinela (GC) refleja el estado ganglionar regional, su biopsia es ahora un procedimiento estándar para conocer dicho estado, se practica en ausencia de ganglios metastásicos palpables, pero en riesgo significativo.

Múltiples series han demostrado su eficacia, detectando el ganglio centinela mediante colorante, radiocoloide, o ambos. (29)

En una biopsia del ganglio linfático centinela, el cirujano busca y extirpa el ganglio linfático centinela (el primero) (en general de uno a tres ganglios) que recibe el drenaje

de la mama. Posteriormente, el patólogo examina este ganglio para detectar la presencia de células cancerosas. Para encontrar el ganglio linfático centinela, el cirujano inyecta tinción o un trazador radioactivo en el área del cáncer o circundante al pezón. La tinción o el trazador se trasladan a los ganglios linfáticos, llegando primero al ganglio centinela. El cirujano puede encontrar el ganglio cuando cambia de color (si se utiliza tinción) o emite radiación (si se utiliza el trazador).

Si el ganglio centinela no tiene cáncer, las investigaciones han demostrado que hay una buena posibilidad de que los ganglios próximos tampoco lo tengan y no se lleva a cabo ninguna otra cirugía. Si se observa cáncer en el ganglio linfático centinela, el cirujano podría realizar un vaciamiento de los ganglios linfáticos axilares para retirar más ganglios y evaluar si presentan cáncer. Esto depende del estadio del cáncer y de la cantidad de cáncer que contenga el ganglio linfático centinela.

La mayor cantidad de pacientes con cáncer invasivo se someterán a la biopsia de ganglio linfático centinela o al vaciamiento de ganglios linfáticos axilares. Para pacientes cuyos ganglios centinela indican cáncer, el vaciamiento de ganglios linfáticos axilares en general se consideran procedimiento estándar, aunque puede no ser necesario en algunas mujeres con cáncer de mama de estadio temprano. (30)

L. Complicaciones de la Mastectomía

a. Linfedema de la Extremidad Superior Afectada por la Mastectomía

Se denomina linfedema al acúmulo de líquido rico en proteínas (linfa) en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático. Es una complicación más importante y requiere de tratamiento rehabilitador postquirúrgico, para prevenirlo; tiende a cronificarse; no se dispone de tratamiento curativo y puede llegar a ser invalidante. Ocurre en una o dos mujeres de cada 10 intervenidas.

Se caracteriza por producir dureza de la extremidad, engrosamiento y deformación de la misma, inflamación, rigidez o dolor, pérdida de sensibilidad al contacto y movilidad en el brazo después de la extirpación ganglionar; puede producir graves alteraciones hísticas que conducirían a una fibrosis o a impotencias funcionales de la extremidad afectada.(1)

La mujer, una vez operada, deberá evitar coger peso con ese brazo y no realizar ejercicios violentos. El tratamiento a este problema es mediante masajes o vendajes de compresión. Se está realizando una nueva técnica, que está en estudio, que consiste en una liposucción para extraer la grasa que se almacena.(1)

Puede aparecer en el transcurso de meses o años posteriores a la intervención. Su aparición y tiempo de instauración serán a más corto plazo dependiendo de la radicalidad del tratamiento quirúrgico. El linfedema es una complicación también ligada a la aplicación del tratamiento radioterapéutico porque la irradiación afecta a la permeabilidad de los ganglios linfáticos. (1)

Cuando a una paciente se le practica la extirpación de los ganglios de la axila puede experimentar en la parte interna del brazo una insensibilidad que puede ser transitoria o permanente. Tras la cirugía de la axila puede ocurrir que los vasos linfáticos no drenen normalmente y los líquidos pueden acumularse y ocasionar hinchazón de la mano y del brazo, rigidez o dolor y pérdida de la movilidad en el brazo; puede presentar inmediatamente después de la cirugía o meses o años más tarde. (1)

b. Factores Agravantes

- Irradiación o aplicación solar (baños de sol, calores de verano, etc.).
- Cualquier lesión cutánea, ya que existe el gran peligro de infección (rozaduras, picaduras, quemaduras, rasguños, etc.).
- Ingesta de estimulantes (café, tabaco, alcohol, etc.).
- Obesidad.
- La aplicación de contrastes oleaginosos.
- La existencia de metástasis.

c. Linfedema Crónico

Se desarrolla en al menos el 20% de las pacientes que han sido sometidas a linfadenectomía axilar. Es invalidante y de curso crónico. No posee un tratamiento eficaz y con fisioterapia sólo se consiguen mejorías temporales, de ahí la importancia de prevenir esta secuela.

Afortunadamente, con la generalización de la técnica del ganglio centinela, el Linfedema será cada vez menos habitual.

Seroma, es la acumulación de grasa líquida, suero y linfa en una área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía y usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente. Es una complicación frecuente, benigna pero muy molesta para el paciente y se manifiesta como una tumefacción en la piel bien circunscrita, molestia a la presión y salida de líquido por la herida. (1)

d. Hematoma

Un hematoma es una acumulación de sangre, causado por una hemorragia interna; rotura de vasos capilares, sin que la sangre llegue a la superficie corporal, que aparece generalmente como respuesta corporal, adquiere en la zona afectada un color azulado o violáceo.

En el periodo posoperatorio inmediato la paciente tendrá un apósito ajustado pero no apretado o un sostén quirúrgico empacado con gasa sobre el sitio quirúrgico, y uno o más tubos de drenajes colocados. Es importante prevenir que se acumulen líquidos bajo la incisión en la pared torácica o en la axila manteniendo la permeabilidad de los drenes quirúrgicos.

Los apósitos y los drenes deben inspeccionarse en busca de sangrado y la cantidad de drenaje vigilarse con regularidad. Puede desarrollarse hematoma durante las primeras 12h después de la cirugía; por tanto, vigilar la

incisión es una acción importante del posoperatorio. El desarrollo de hematoma puede causar necrosis de los colgajos quirúrgicos, aunque esta complicación es rara en pacientes de cirugía mamaria. (1)

e. Alteraciones de Sensibilidad en el Área Operada

Se trata de sensaciones desagradables, punzantes, que pueden llegar a ser dolorosas. Su curso es crónico aunque su aparición es variable. No existe un tratamiento eficaz.

f. Alteraciones de la Movilidad en el Brazo Operado

Se producen por Linfedema o por defecto neuromuscular postquirúrgico. A veces, el área se amplía al hombro, columna cervical y parrilla costal, siendo frecuentes las contracturas musculares y el dolor de tipo inflamatorio.

g. Defectos Estéticos Locales

Derivados de la mastectomía, de la reconstrucción o de radioterapia.

La persona sometida a cirugía mamaria puede experimentar efectos físicos y psicológicos:

- Afecta la movilidad del brazo y el hombro, debido a la disección axilar.
- Dolor relacionado con el procedimiento quirúrgico.
- Acumulación de sangre (hematoma) en el sitio de incisión, infección y acumulación tardía de líquido serosanguinolento (Seroma) después de retirar los drenes.
- Integridad cutánea alterada por la incisión quirúrgica.

- Riesgo de infección relacionado con la incisión quirúrgica y la presencia de un dren quirúrgico.
- Alteración de la imagen corporal relacionada con la pérdida o alteración de la mama a causa del procedimiento quirúrgico.
- Riesgo de ajuste deficiente relacionado con al diagnóstico de cáncer, el tratamiento quirúrgico y el miedo de morir.
- Déficit de cuidados personales relacionado con inmovilidad parcial de la extremidad superior del lado de la operación.
- Traumatismos nerviosos con alteraciones sensoriales de la percepción (cenestésicas) en la mama, adormecimiento, hormigueo o ardor, que pueden persistir durante meses e incluso años después de la operación.
- Riesgo de disfunción sexual relacionada con la pérdida de una parte corporal, cambio en la imagen personal y miedo a la respuesta de la pareja
- Déficit de conocimientos en:
 - Cuidado del dren después de la cirugía mamaria
 - Ejercicios con el brazo para recuperar la movilidad de la extremidad afectada.
 - Atención del brazo y la mano después de disección de los ganglios linfáticos axilares.

h. Complicaciones Psicológicas

- Alteraciones psicológicas comunes: ansiedad, depresión, irritabilidad.
- Fatiga psíquica: con dificultad de concentración y disminución de la memoria.

- Miedo a la recaída y a la muerte.
- Cierta desestructuración socio familiar: aislamiento, soledad, balance de las relaciones familiares es un reto para la mujer no sólo durante el diagnóstico o tratamiento sino durante toda su vida.

i. Conyugal

Con frecuencia existe una disminución de la satisfacción matrimonial provocada por los problemas de apoyo familiar ya aludidos y por problemas sexuales. La alteración sexual de la mujer con cáncer de mama es muy frecuente y se produce por factores psicológicos (miedo al rechazo, pérdida de autoestima) y físicos (alteraciones anatómicas provocadas por los tratamientos o por la enfermedad).

j. Socio Laboral

La estigmatización de enferma de cáncer que aún perdura en nuestra sociedad hace que la mujer pierda en parte su rol social y su capacidad de liderazgo. Los problemas psicológicos y físicos pueden ser limitaciones para desempeñar el mismo puesto laboral que tuviera antes, por lo que conlleva aún más depresión y perjuicio económico. Para concluir, podemos establecer que todo este abanico de alteraciones psíquicas, que a su vez interrelacionan entre sí, podrían afectar en mayor o menor medida al esquema de vida de cada mujer, dependiendo de su fortaleza psíquica y del tipo de apoyo con que pueda contar.

LL. Calidad de Vida

El término Calidad proviene del latín *qualitas*, *atis* que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa.

Para definir la vida, se debe hacer un constructo en base a la percepción que cada individuo tiene sobre su propia existencia. (31)

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias Sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la Calidad de Vida. (32)

La OMS define la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea. (33)

También se define como "el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social", la enfermedad compromete integridad biológica, bienestar psicológico, social y económico; es un término multifacético,

que implica cuatro dimensiones: psicológica (percepción individual del estado cognitivo-afectivo), social (percepción individual de las relaciones interpersonales y sociales), ocupacional (necesidad de sentirse útil para la sociedad) y física (percepción del estado físico y efectos del tratamiento). (26)

Se diferencia del término "nivel de vida", que tiende a ser un concepto más social, y traduce aspectos como educación, condiciones de vivienda, ingresos individuales, derechos humanos, etc.

O. Dimensiones de la Calidad de Vida

Rocío Fernández Ballesteros (1993) presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio – ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas, asimismo considera las siguientes dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida: (34)

a. Dimensión Física

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados. (34)

Incluye bienestar y funcionamiento general (sentirse saludable/enfermo, sentirse independiente/dependiente, capacidad de trabajar/no trabajar, sentirse fuerte/débil, alimentación, sueño, descanso). Atributos específicos de

tratamiento y enfermedad: dolor, náuseas, vómito, hospitalización y tratamientos. (35)

b. Dimensión Social

Incluye las variables sociales de relación con otros, la cual mide los siguientes aspectos: soporte social (relaciones de soporte, relaciones matrimoniales y amigos) y funcionamiento del rol social (hacer felices a otros, satisfacer a otros, darse a sí mismo, ayudar a otros). (36)

Las relaciones interpersonales son parte de un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida social mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento. Las actividades sociales, crean las condiciones que facilitan la elevación de la calidad de vida y contribuyen al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos.

Cuando esta dimensión se ve afectada por un estado de enfermedad, la paciente entra en un declive fisiológico y orgánico que a veces desencadena a dejar sus trabajos o jubilarse. Lo cual influye directamente con el alejamiento brusco de su vida profesional, de su grupo de pertenencia dinámica.

Esto puede causar que la paciente tenga la impresión de que se haya convertido en una simple espectadora de la vida. En medio de ésta crisis, las pacientes pueden atravesar por dos situaciones marcadas: el tedio y la soledad. El tedio puede definirse como un sentido de

reducción del movimiento del tiempo, lo que produce gran pesar y puede dar la impresión de que no se vive ya. La soledad, es la pérdida del grupo de pertenencia, un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y/o familiares por la reducción de la comunidad de experiencias vitales con las suyas, son solitarios con ellos mismos, con la gente o en una reunión familiar.

El bienestar económico es un factor importante que condiciona el bienestar y calidad de vida de la persona, el trabajo, la pérdida del trabajo, la competencia con personal en óptimo estado de salud, las condiciones de trabajo y los ingresos, son otros aspectos que afectan la esfera social de la paciente. (34)

c. Dimensión Psicológica

Hace referencia al estado emocional, sentimientos personales y percepciones frente al bienestar; así como el significado espiritual. El bienestar psicológico; afectivo/cognitivo explora la satisfacción, felicidad, soporte espiritual, paz interior, habilidad de concentración y comunicación. (36)

El bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida. La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo. (34)

P. Calidad de Vida Post Mastectomía

El cáncer tiene secuelas importantes, asimismo, los tratamientos necesarios (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) producen alteraciones corporales significativas.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, la mastectomía, ha sido señalada como aquella opción terapéutica que genera un mayor deterioro en la imagen corporal y en el nivel de funcionamiento sexual de las pacientes, siendo esta elección quirúrgica, aplicada junto a la quimioterapia adyuvante la que provoca un mayor deterioro en la calidad de vida.

El tema de la imagen corporal cada vez toma una connotación psicosocial más importante para la mujer, el pecho tiene una relevancia crucial en la identidad femenina, para muchas mujeres los senos las define como mujeres y la pérdida de un seno equivale a la pérdida de su feminidad.

El pecho de la mujer se relaciona con la maternidad y lactancia, y para algunas mujeres sufrir de la enfermedad implica renunciar a sus deseos de ser madres. (4)

Debido a la detección precoz, tratamiento y al consiguiente aumento de las tasas de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama, la gran mayoría de éstas sobrevivirá por muchos años después del diagnóstico y tratamiento, por lo cual el vivir bien, con una buena calidad de vida, se ha convertido en una prioridad. Las pacientes con cáncer de mama pueden pasar por varios profesionales de la salud durante su tratamiento, por lo que puede que éstos nunca

atestigüen las consecuencias generadas a largo plazo por el paciente y sus factores desencadenantes.

Existen una serie de factores que pueden ser predictores de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama o de aquellas que han recibido algún tratamiento invasivo por causa de la patología, como son: antecedentes propios del paciente, aspectos socioeconómicos, características del tratamiento y sus posibles secuelas. (13)

En la actualidad son numerosas las investigaciones dedicadas a la evaluación de la calidad de vida, empleando este concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social, concepto particularmente útil en el estudio de pacientes con patologías crónicas, especialmente las oncológicas, determinadas no sólo por las características biológicas de la enfermedad y su connotación psicosocial en la población, sino por el fuerte impacto emocional, físico y social que no solo afectan al paciente sino también a su entorno familiar, y donde la adaptación constituye un factor significativo para el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida. (11)

El nivel de estrés varía de una mujer a otra, durante el transcurso del diagnóstico y tratamiento, puede interferir con su confort, calidad de vida y la capacidad de toma de decisiones y adherencia a su tratamiento.

Para procurar asegurar una buena calidad de vida desde el diagnóstico, se requiere un enfoque profesional

multidisciplinario y holístico para ayudar a afrontar el impacto psicológico, emocional y social. (4)

Q. Autocuidado

La palabra “cuidar” proviene de la palabra *coidar*, discurrir, la que, a su vez, proviene del latín *cogitare*, pensar; su etimología también la relaciona con sentir una inclinación, preferencia o preocupación por algo, es decir, para cuidar no solo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico. (37)

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. (38)

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo. El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. El personal de salud es el responsable del fomento del

autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud. (39)

Dorothea Orem lo define como: “el conjunto de actividades que realizan los individuos a favor de la mantención de su propia vida, salud y bienestar”. Orem hace referencia a la labor de Enfermería como: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad mediante el sistema de Enfermería de Apoyo Educativo que forma parte de la teoría del Autocuidado. (1)

Implicado en el cuidado, los estudios en la salud enfatizan la importancia del autocuidado en la promoción, prevención y recuperación de la salud. Cuando se habla del autocuidado en la fase de recuperación o durante el tratamiento de la enfermedad, se entiende el autocuidado como la capacidad del individuo de comprometerse con su propio cuidado y también al nivel de empoderamiento y responsabilidad del individuo sobre la salud.

En el contexto de cuidado, se proponen dos direcciones de autocuidado. Una en la que se habla sobre el cuidado como forma de mayor empoderamiento de sí, y la otra en donde el cuidado es como el encuentro personal y la posibilidad de ver para sí mismo.

Cuidado como empoderamiento: el empoderamiento puede ser entendido como estrategia o dispositivo en el cual el sujeto toma consciencia de que posee habilidad y competencia para producir crear, gestionar y transformar sus propias vidas, sus entornos, tornándose protagonista de su historia. El empoderamiento está asociado a un proceso de adquisición de autoestima generado a partir del aprendizaje.

Mirar para sí: la otra dirección del autocuidado va al encuentro de un cuidado encaminado para sí mismo, para la sensibilización en relación a los aspectos personales de carácter más subjetivo, como un aumento de la capacidad de autopercepción. (40)

R. Autocuidado Post Mastectomía

a. Higiene y Cuidados del Brazo Afecto

- Utilice jabón con pH alto (5-5.5) o neutros, ya que protege y equilibra la sequedad de la piel.
- Se pueden utilizar desodorantes, preferiblemente aquellos menos irritantes y con menor contenido en alcohol.
- En cuanto a la depilación, es preferible el uso de cremas depilatorias frente a la cera o maquinillas más una crema hidratante vitaminada.
- Después de la ducha o baño, seque bien la zona de la herida.
- Aplicar crema hidratante con frecuencia. Es importante mantener la piel de la zona afectada limpia y bien hidratada. Si presentase prurito en la zona de la cicatriz, puede aplicarse aceite de Rosa Mosqueta.
- Evite el sauna y rayos UVA.

- Cuando utilice el secador, proteja hombros y brazos de la acción del calor.
- Protéjase de lugares con altas temperaturas para evitar la sudoración y posible maceración de la piel.
- La caída del pelo debida a los tratamientos también puede afectar a las pestañas y las cejas, si lo desea, puede recomponer la forma de las cejas con un perfilador o bien se las puede tatuar.

b. Vestido y Complementos

- No es necesario que cambie su forma de vestir tras la mastectomía. Puede seguir utilizando su vestuario habitual siguiendo unos consejos.
- A nivel general se recomienda usar tejidos de algodón y fibras naturales que no dificulten la transpiración, sobre todo en la ropa interior.
- Prescinda de prendas muy ajustadas y aquellas que ejerzan presión.
- Evite, en lo posible, tejidos sintéticos, ya que no transpiran y pueden irritar la piel.
- Utilice sombreros y camisetas ligeras en la exposición al sol.
- Evite sortijas, pulseras y otros complementos en el brazo y mano de la intervención.
- Utilice un sujetador preferiblemente sin aros y de tirantes anchos (tipo deportivo), sin blondas, lacitos y accesorios metálicos.
- Lleve el bolso en el brazo no afectado.

Alimentación. Lo ideal es seguir una dieta equilibrada en la que no existe ninguna restricción. Mantenga su peso, pero sin engordar ni adelgazar.

A nivel general:

- Debe seguir una dieta equilibrada. No debe saltarse ninguna comida
- Es aconsejado ingerir verduras frescas y cocinadas, productos lácteos, alimentos con fibra y fruta fresca.
- Beber abundante agua.
- Se aconseja no abusar de los alimentos ricos en grasas que favorezcan el sobrepeso.
- En caso de engordar realizar dieta y/o ejercicio.
- Reducir el consumo de sal y de café, ya que ambos favorecen la formación de edemas.
- Evitar el consumo de salazones y ahumados.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Sustituya el alcohol por zumos de fruta naturales e infusiones calientes o frescas.
- En caso de pérdida del apetito, se deben estimular las conductas que lo favorezcan.
- Comer en compañía.
- Realizar ejercicio físico.
- Comer cuando se tenga apetito aunque sea fuera del horario convencional.
- Comer purés y zumos en los que combinemos diferentes alimentos y resulten fáciles de ingerir, etc.
- La alimentación en la paciente mastectomizada no tiene que ser diferente de la que tuviera antes de la intervención.

- Es recomendable una dieta equilibrada siendo beneficioso para su salud, seguir algunas normas de alimentación.
- Evitar el aporte excesivo de grasas.
- Consumir cereales, legumbres, verduras y frutas en cantidades importantes.
- Aumentar el consumo de proteínas (carne y pescado) así como el de leche y derivados.
- Evitar alimentos ahumados.
- El ejercicio físico de forma moderada y progresiva mejora la digestión y facilita la circulación sanguínea.

c. Actividades de la Vida Diaria o Trabajo

Se aconseja que las actividades cotidianas se realicen gradualmente intercalando periodos de descanso:

- Los primeros días tras la intervención es normal que precise ayuda para vestirse y hacer las tareas cotidianas.
- Solicite la ayuda de su familia hasta poder hacerlas por si sola.
- Al realizar las actividades de la vida diaria hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar posibles complicaciones en el brazo afecto.
- No coger peso y evitar la tensión en esa extremidad.
- No usar sustancias tóxicas sin llevar guantes.
- Precaución con la plancha y en la cocina.
- Precaución con el manejo de utensilios cortantes o punzantes.
- Evitar arañazos o mordeduras.
- Al freír alimentos, evitar llevar sin cubrir el lado afectado.

- Manipular hornos y objetos calientes siempre con manoplas. Especial cuidado al planchar.
- Evitar el agua muy caliente al lavar o fregar.
- Evitar las picaduras de insectos (en vacaciones evitar regiones infectadas de insectos y utilizar repelentes).
- Especial cuidado con los arañazos de gato.

A nivel de trabajo fuera de casa durante el periodo de tratamiento es habitual que permanezca de baja laboral un periodo aproximado de 6 - 12 meses. Normalmente, se podrá incorporar a su trabajo pasado este tiempo y llevar una vida normal. En aquellos puestos de trabajo que precisen esfuerzos incompatibles con el grado de funcionalidad postquirúrgico, se intentará negociar con la empresa una reubicación.

d. Deportes y Ocio

La realización de ejercicio físico progresivo y controlado provoca un efecto positivo, ya que aumenta la fuerza, mejora el movimiento del brazo, disminuye el dolor y la rigidez del hombro y a nivel general previene la osteoporosis y mejora el sistema cardiovascular. Todo ello hace que la mujer se sienta mejor y favorece la reincorporación a las actividades de la vida diaria.

e. Relaciones Personales y Familiares

Tras una mastectomía, el temor, la ansiedad y la depresión pueden provocar una alteración en las relaciones de pareja, personales y familiares. Por ello le ofrecemos una serie de sencillas recomendaciones que le ayuden a llevar la situación:

- Es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos y las preocupaciones. Haga partícipe a su pareja de todo aquello que le preocupa, así le ayudará a entender y manejar mejor la nueva situación.
- Sus relaciones de pareja no tienen por qué verse alteradas, usted y su pareja siguen siendo las mismas personas.
- Mujeres como usted, que han pasado por la misma situación pueden ayudarle a través de asociaciones y grupos de autoayuda. También existen profesionales especializados en este tema a los que puede acudir si lo desea.
- Tiene que ser honesta, clara y directa con su familia y allegados al expresar tus sentimientos y necesidades sobre tu enfermedad, así ellos tendrán una idea más clara de cómo pueden ayudarle.
- No piense que los demás saben lo que necesita, o lo que es más adecuado para usted, no todo el mundo se maneja de la misma forma, tiene que entender que ellos están muy preocupados y también lo están pasando mal.
- Es importante encontrar en la familia el apoyo que seguramente necesita, le ayudará a sentirse mejor.
- Si tiene hijos, es muy importante comunicarse con ellos. La información debe ser clara y adecuada para su edad. Hablar de la enfermedad sin dramatizar, de forma sencilla y positiva, facilitará al niño preguntar y expresar sus sentimientos. Con frecuencia, tendemos a ocultarles la enfermedad con el fin de protegerles del

dolor y del sufrimiento, los aislamos y los apartamos del problema. Esto es un error, ya que los niños perciben los problemas cuando los hay, no son tontos sólo pequeños. El no hablar abiertamente con el niño de la enfermedad, le creará miedos e incertidumbre, e incluso sentimiento de culpa.

f. Atención Psicológica

Actualmente, el diagnóstico precoz y los avances médicos han hecho aumentar la posibilidad de tratar con éxito la enfermedad de cáncer.

Sin embargo, para conseguir la recuperación completa necesitaremos además, la rehabilitación psicológica.

Nuestro cuerpo y mente están intrínsecamente unidos. La terapia y rehabilitación psicológica, se hacen necesarias para aprender a afrontar o resolver nuestra ansiedad, tristeza, preocupación y miedos cuando nos dan un diagnóstico de enfermedad.

El apoyo psicológico le podrá ayudar a adaptarle a un diagnóstico difícil, afrontar una intervención quirúrgica, unos tratamientos curativos o paliativos complementarios y adentrarse, de nuevo, en su actividad familiar, laboral y social para obtener, en estas circunstancias adversas, una vida plena y satisfactoria.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. Autocuidado

Acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos. (39) Es el conjunto de habilidades y destrezas intencionadas que realiza la mujer postmastectomizada basado en prácticas saludables para la prevención de complicaciones.

B. Mastectomía

La mastectomía es un procedimiento quirúrgico en el que se extrae un seno, total o parcialmente, como parte de un plan terapéutico para el cáncer de seno. Con el avance de las técnicas de detección, el descubrimiento precoz de la enfermedad y el tratamiento especializado se ha limitado la realización de mastectomía total y se obtiene una buena calidad de supervivencia. (1)

C. Mastectomía Radical Modificada

La mastectomía radical modificada consiste en la ablación de todo el tejido mamario junto con los ganglios linfáticos axilares. Los pectorales mayor y menor permanecen intactos.

D. Mastectomía Radical

Ablación del tejido mamario junto con los músculos pectorales mayor y menor, aunada a disección de los ganglios linfáticos axilares.

E. Mastectomía Total

Ablación del tejido mamario solo; este procedimiento suele efectuarse para el tratamiento del carcinoma in situ, típicamente de los conductos.

F. Cirugía Conservadora de la Mama

Consiste en extirpar el tumor intentando conservar la mayor cantidad de tejido mamario intacto. En función del tamaño del tumor tenemos los siguientes tipos de cirugía:

- a. **Lumpectomía:** extirpación del tumor junto con un borde de tejido normal.
- b. **Mastectomía parcial o escisión amplia:** extirpación del tumor junto con una cantidad mayor de tejido normal.
- c. **Cuadrantectomía:** extirpación de un cuarto de la mama. Estos tipos de cirugía se realizarán en aquellos casos en los que el tumor sea pequeño, alrededor del 15% de los cánceres.
- d. **Biopsia del ganglio linfático centinela:** durante la intervención quirúrgica, se inyecta un colorante o una sustancia radiactiva en la zona del tumor. La sustancia es transportada por la linfa y si es captada por el primer ganglio, que es el que puede contener mayor número de células cancerosas, se extirpan más ganglios. Si no contiene células malignas, no se extirpan los demás. Las posibilidades de supervivencia son mayores si no están afectados los ganglios axilares.

G. Calidad de Vida

Calidad de vida es un concepto subjetivo cuya definición ha sido polémica; según la OMS, corresponde a “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (32)

La calidad de vida en los pacientes con cáncer es un proceso de adaptación que está influenciado por características médicas y socio demográficos que facilitarán o dificultarán la adaptación a la enfermedad; se refiere a la valoración de los pacientes sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento normal comparándolo con el que ellos creían que era posible o ideal. (33)

H. Calidad de Vida en Pacientes Postmastectomizadas

La calidad de vida es un concepto más subjetivo, que objetivo, una persona que goza de una buena calidad de vida, posee recursos adecuados para alcanzar el logro de sus metas y por ende puede enfrentar satisfactoriamente las situaciones de estrés.

Dentro de los eventos vitales, las enfermedades crónicas, especialmente aquellas estigmatizadas como en el caso del cáncer, requiere de utilizar recursos de afrontamiento y adaptación.

El cáncer, desde un punto de vista cultural, es considerado como una enfermedad estigmatizante, lo cual crea en las personas que rodean a la paciente una visión negativa y que los propios enfermos la tengan de sí mismos, así las pacientes albergan un temor permanente de la enfermedad.(41)

I. Autocuidado en Pacientes Mastectomizadas

Es el conjunto todas aquellas acciones o actividades que realiza para disminuir los riesgos de complicaciones derivadas de su enfermedad o tratamiento, para el mantenimiento de su salud en el aspecto bio – físico y socio – emocional.

Es la respuesta expresada por la paciente mastectomizada acerca de toda aquella información que refiere poseer sobre el autocuidado como producto de la estancia y la orientación con el personal de salud, en torno a la forma de cuidarse a sí mismo, para recuperar, conservar y mantener la salud, con la finalidad de disminuir los riesgos de complicaciones derivadas de su enfermedad o tratamiento. (41)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Es probable que exista relación significativa entre autocuidado y calidad de vida en pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

H₀ Es probable que no exista relación entre autocuidado y calidad de vida en pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

2.4.2. Hipótesis Específicas

H₁ Es probable que exista relación entre el Autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017 es inadecuada.

H₀ Es probable que no exista relación entre La dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017 es adecuada.

H₂ Es probable que exista relación entre el Autocuidado y La dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017 es inadecuada.

H₀ Es probable que no existe relación entre el Autocuidado y La dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017 es adecuada.

H₃ Es probable que exista relación entre el Autocuidado y La dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017 es inadecuada.

H₀ Es probable que no exista relación entre el Autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017 es adecuada.

2.5. VARIABLES

Variable X: Calidad de vida

Variable Y: Autocuidado

Variables Intervinientes:

- Edad – Religión - Procedencia
- Estado Civil – Grado de instrucción
- Ocupación – Número de hijos
- Número de personas en casa

- Sustento del hogar
- Estadio de la enfermedad
- Año de la mastectomía – Tipo de cirugía
- Resección de nódulos - Biopsia
- Tratamiento – Etapa de la enfermedad
- Comorbilidad – Mano dominante
- Situación económica

2.5.1. Definición Conceptual de la Variable

a. Variable X: calidad de vida

Es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social. La calidad de vida es un área multidimensional que abarca, como mínimo, tres grandes campos (físico, psicológico y social) y puede verse afectado por una enfermedad y/o tratamiento. (32)

b. Variable Y: autocuidado

Conjunto de conceptos, acciones o actividades intencionadas con fundamento científico que refiere realizar la mujer mastectomizada para disminuir los riesgos y molestias y para para el mantenimiento de su salud, en el aspecto bio – físico y socio – emocional. Actividades que realizan los individuos a favor de la mantención de su propia vida, salud y bienestar. (39)

c. Variables Intervinientes

- **Edad:** división de la población en tres grupos equitativos: menores de 50 años, entre 50–60 años y mayores de 60 años.
- **Estado civil:** situación que un individuo ocupa en la sociedad, en función o relación con las personas que forman o han

formado su familia, que lo habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones.

- **Grado de instrucción:** etapa educativa alcanzada.
- **Ocupación:** rol que cumple la persona en cuanto a su capacidad de desarrollar una labor dentro de la sociedad.
- **Etapas de la enfermedad:** estadio de la patología en base a su remisión, es decir, etapa curativa si es que han desaparecido los síntomas y se ha restaurado la salud o una etapa en que se reciben cuidados paliativos que buscan mejorar la calidad de la vida de los pacientes y reducir el sufrimiento.
- **Tiempo de evolución:** tiempos de desarrollo de la enfermedad desde su diagnóstico hasta el tratamiento.
- **Tipo de cirugía:** tipo de práctica terapéutica que implica manipulación y que presupone el acceso al interior del organismo a través de perforación o incisión en la piel.
- **Terapia coadyuvante:** administración de un tratamiento contra el cáncer previo, durante o posterior al tratamiento central. Puede incluir quimioterapia, terapia con radiación y/o terapia biológica.
- **Comorbilidad:** presencia de diabetes, hipertensión, malignidad previa u otras patologías diagnosticadas médicamente que refiera la paciente.
- **Dominancia manual:** dominio funcional de un lado del cuerpo sobre otro, que se manifiesta en la preferencia selectiva de un miembro superior para realizar actividades concretas.

- **Situación económica:** condición de una persona o grupo de personas, en cuanto al equilibrio económico entre sus ingresos y gastos.
- **Percepción de aumento de volumen:** sensación de mayor magnitud de un elemento.

2.5.2. Definición Operacional de la Variable

a. Variable X: calidad de vida

Contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional. El estado funcional está representado por las siguientes dimensiones: función física, función social, rol físico, rol emocional. El área de bienestar incluye las dimensiones de salud mental, vitalidad, dolor corporal. Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la percepción de la salud general y el cambio de salud en el tiempo.

Para su evaluación se han propuesto la siguiente puntuación:

El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud.
- El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

Calidad de vida ALTA	: 80 – 100
Calidad de vida MEDIA	: 58 – 79
Calidad de vida BAJA	: 36 - 57

b. Variable Y: autocuidado

El autocuidado que es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior, será medido por el Cuestionario de Autocuidado, que consta de 28 ítems que evalúan el conocimiento que posee la paciente referente a los autocuidados después de una mastectomía.

- a. Higiene, se evalúa en 2 ítems.
- b. Vestimenta, se evalúa en 2 ítems.
- c. Alimentación, evalúa en 2 ítems.
- d. Controles médicos, se evalúa en 6 ítems.
- e. Tratamiento, se evalúa en 10 ítems
- f. Ejercicios de rehabilitación, se evalúa en 1 ítem.
- g. Actividad de la vida diaria y trabajo, se evalúan en 2 ítems.
- h. Relaciones interpersonales, se evalúan en 1 ítem.
- i. Apoyo psicológico, se evalúan en 1 ítems.
- j. Integración a grupos sociales, 1 ítem

Para cada uno de los ítems las opciones de respuesta son:

- Correcto : 2 puntos
- Incorrecto : 0 puntos

El puntaje mínimo que se puede obtener es de 0 puntos y el máximo es de 56. Para calificar el conocimiento que posee la paciente sobre el autocuidado posterior a una mastectomía, se establece la siguiente categoría.

- Bueno : 23 – 56 puntos
- Regular : 15 – 22 puntos
- Deficiente : 0 – 14 puntos

2.5.3. Operacionalización de la Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	INSTRUMENTO	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
					C 1		
Autocuidado en pacientes mastectomizadas: Es el conjunto de procedimientos que realiza la mujer mastectomizada para el mantenimiento de su salud, en el aspecto bio – físico y socio – emocional.	Aspecto Bio – físico	Higiene	Higiene corporal	Cuestionario para evaluar el autocuidado	1	BUENO 23 – 56	ORDINAL
			Equipos de aseo nocivos		2		
		Vestido	Prendas y accesorios		3, 4		
			Alimentación		Alimentos a consumir		
		Alimentos a evitar			6		
		Controles médicos.	Importancia		7		
			Frecuencia		8		
			Posibles complicaciones		9		
			Normas médicas		10,11,12		
		Tratamiento	Tipo de tratamiento		13		
			Efectos secundarios		14,15,16		
			Medidas a tomar en los efectos secundarios		17 al 22		
			Ejercicios de rehabilitación.		Reconocer importancia		
		Actividad de la vida diaria y trabajo.	Evita el contacto con animales como gatos e insectos		24		
	Evitar trabajos que le demanden esfuerzo		25				
	Aspecto socio – emocional	Relaciones inter personales.	Relaciones sociales adecuadas		26		
		Apoyo psicológico.	Reconocer Importancia		27		
		Integración a grupos.	Terapia de grupo		28		

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	INSTRUMENTO	ITEMS	CATEGORÍA	ESCALA
					C 2		
Calidad de vida en pacientes masctectomizadas: Valoración que las pacientes tienen sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento actual comparado con lo que ellos creen que es lo ideal; se traduce en la percepción que tiene la paciente respecto con los efectos sobre el bienestar físico, psicológico y social después de la cirugía y los tratamientos.	Dimensión física	Función Física	Realiza esfuerzos intensos	Cuestionario SF 36 V.2	3	ALTA 80 - 100	ORDINAL
			Realiza esfuerzos moderados		4		
			Levanta bolsa de compras		5		
			Sube varios pisos		6		
			Sube un piso		7		
			Se agacha, se arrodilla		8		
			Camina más de 1 km		9		
			Camina varias manzanas		10		
			Camina 1 manzana (100 mts)		11		
			Se baña , se viste sola		12		
		Rol Físico	Redujo el tiempo dedicado a sus actividades		13		
			Hizo menos actividades		14		
			Se siente limitada		15		
			Tiene dificultad		16		
		Dolor Corporal	Magnitud del dolor		21		
	Interferencia del dolor		22				
	Salud General	Estado actual	1				
		Se enferma con facilidad	33				
		Se siente tan saludable como otros	34				
		Su salud empeora	35				
		Su salud es excelente	36				
	Dimensión Social	Función Social	Alcance social		20		
			Magnitud (Tiempo) social		32		
	Dimensión Psicológica	Vitalidad	Animado		23		
			Con energía		27		
			Agotado		29		
			Cansado		31		
		Rol emocional	Disminuyó el tiempo		17		
			No cumple con sus actividades		18		
			No es cuidadosa		19		
Salud mental		Nervioso	24				
		Desanimado	25				
		Tranquilo	26				
	Triste	28					
		Feliz	30				
					BAJA 36 - 57		

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
Edad	Numérica discreta	Intervalos	Razón	Años	Ficha de datos
Religión	Catagórica Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Adventista • Evangélica • Cristiana 	Nominal		
Procedencia	Catagórica Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Arequipa • Puno • Moquegua • Cusco • Madre de Dios • Tacna 	Nominal		
Estado Civil	Catagórica Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Viuda • Divorciada • Conviviente 	Nominal		
Grado de instrucción	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico • Superior 	Ordinal		
Ocupación	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Auxiliar de educación • Comerciante • Obrera • Secretaria • Enfermera técnica 	Nominal		
Número de hijos	Numérica discreta	Intervalos	Razón	Hijos	
Número de personas en casa	Numérica discreta	Intervalos	Razón	Personas	
Sustento del hogar	Catagórica Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Esposo • Hijos • Hermanos • Paciente 	Nominal		

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
Estadio de la enfermedad	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • II A • II B • III A • III B • III C • IV A 	Ordinal		Ficha de datos
Año de la mastectomía	Numérica discreta		Razón	Meses	
Tipo de cirugía	Categoría dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Parcial • Total 	Nominal		
Resección de nódulos	Categoría Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Disección axilar • Ganglio centinela • Ninguno 	Nominal		
Biopsia	Categoría dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal		
Tratamiento	Categoría Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Radioterapia • Reconstrucción • T. Hormonal 	Nominal		
Etapas	Categoría dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Curativa • paliativa 	Nominal		
Comorbilidad	Categoría Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia • Ca. Óseo, ovárico, pulmonar • Diabetes Mellitus • Hipertensión Arterial • Metástasis • Ninguna 	Nominal		
Mano dominante	Categoría dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Derecha • Izquierda 	Nominal		
Situación económica	Categoría Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	Ordinal		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de Investigación

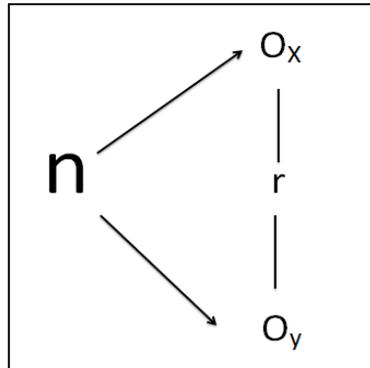
Se trata de un estudio descriptivo.

A. Diseño

Correlacional de corte transversal.

3.1.2. Nivel de Investigación

El presente estudio es de nivel descriptivo correlacional, porque mide las dos variables de estudio y luego se establece la relación que existe entre ellas. La representación del diseño de la investigación es la siguiente:



Donde:

n = muestra

Ox = variable X: Calidad de vida

Oy = variable Y: Autocuidado

r = relación

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación Espacial

El IREN – Sur está ubicado en Av. La Salud s/n en el distrito de Arequipa, el cual cuenta con servicios de gastroenterología, abdomen y tórax, mamas, urología, ginecología y prevención del cáncer.

El presente estudio se realizó en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, en el servicio Quimioterapia Ambulatoria, Medicina Oncológica y Consultorio Externo de Mastología y Partes Blandas.

3.2.2. Ubicación Temporal

Se trata de una investigación coyuntural que se realizó en el período que comprendió los meses de Abril a Diciembre del 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 160 pacientes con cáncer de mama a las que se les realizó la mastectomía durante el año 2016 y comienzos del 2017, actualmente están en la etapa del post operatorio en proceso de rehabilitación, y acuden al IREN – SUR a sus controles médicos y/o tratamiento de quimioterapia.

3.3.2. Muestra

Estuvo conformada por 60 unidades de análisis luego de aplicar la fórmula para poblaciones finitas.

No probabilístico censal

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2(n - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 160 (0.5 \times 0.5)}{0.1^2(160 - 1) + 1.96^2 \times (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 60.1660141 = 60$$

3.3.3. Criterios de Inclusión

- Mujeres sometidas a mastectomía parcial o total, disección axilar o ganglio centinela.
- Mujeres mastectomizadas dadas de alta en proceso de rehabilitación:
 - Mujeres entre 30 y 80 años de edad.
 - Mujeres entre los 2 y 12 meses del post operatorio.

- Mujeres que acepten participar voluntariamente al estudio.
- Mujeres que se atienden en el IREN – Sur.

3.3.4. Criterios de Exclusión

- Mujeres que padezcan alteraciones mentales.
- Mujeres con discapacidad física.
- Mujeres que no hayan completado los cuestionarios.
- Mujeres que no hayan consentido participar en el estudio.
- Mujeres que se atienden en otros centros u hospitales.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas de Investigación

Se utilizó como técnica la encuesta.

3.4.2. Instrumentos de Investigación

Short-form Healthy Survey (SF-36)

El SF-36 Healthy Survey es un cuestionario de salud desarrollado para el Medical Outcome Study (MOS) por Ware y Sherbourne en 1992, que a partir de 36 ítems pretende medir ocho dominios genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, tratamiento o edad. En 1996, se introdujo la versión 2,0 del SF-36 (SF-36v.2), para corregir las deficiencias identificadas en la versión original. Algunas de éstas, son mejoras en las instrucciones y simplificación de las frases, haciéndolas más familiares y menos ambiguas, también hay una mejor disposición de las preguntas y respuestas lo que hace más fácil la lectura y reduce la omisión y además se aumentan las semejanzas con las traducciones y las adaptaciones culturales que existen de este cuestionario.

En los últimos años ha aumentado el interés en el uso del SF-36 a nivel mundial, encontrándose traducido y estudiado en más de 40 países, incluyendo algunos de habla hispana. (42)

El cuestionario proporciona un perfil del estado de salud y actualmente, por su utilidad y simpleza es el más usado en estudios de estados de salud a nivel mundial, siendo aplicable en la población general, a pacientes con una edad mínima de 14 años, tanto para estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de una herramienta autoadministrada, aunque también se ha utilizado en forma de entrevista personal y vía telefónica, destacando que la consistencia interna no varía entre ellas.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional. El estado funcional está representado por las siguientes dimensiones: función física, función social, rol físico, rol emocional. El área de bienestar incluye las dimensiones de salud mental, vitalidad, dolor corporal. Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la percepción de la salud general y el cambio de salud en el tiempo.

Los resultados de cada una de las dimensiones, son codificados y transformados en una escala que va desde 0 (el peor estado de la salud) hasta 100 (el mejor estado de la salud). Las medidas de resumen hacen posible reducir el número de comparaciones estadísticas implicadas en el análisis del SF-36 de ocho dimensiones a dos, sin la pérdida de su potencial para distinguir entre resultados de salud física y mental, ya sea en estudios transversales o longitudinales.

Para su evaluación se han propuesto la siguiente puntuación:

El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de items de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud.
- El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

Calidad de vida ALTA : 80 – 100

Calidad de vida MEDIA : 58 – 79

Calidad de vida BAJA : 36 - 57

Cuestionario de Autocuidado:

Para evaluar el conocimiento que tiene la paciente mastectomizada sobre su autocuidado se aplicará un cuestionario elaborado por la investigadora Luisa Patricia Quicaño Surco (Perú, 2010) en su trabajo de investigación titulado “Nivel de Conocimientos sobre Autocuidado en Relación a los Estilos de Vida en Mujeres Mastectomizadas de la Asociación Paz y Amor, Arequipa 2010”.

Dicho cuestionario está conformado por dos dimensiones

- La dimensión del aspecto biofísico entendida como aquellas acciones que demanda la paciente con respecto a sus cuidados físicos posteriores a una mastectomía.

- La dimensión socio – emocional son los requerimientos afectivos y emotivos derivados del proceso de la enfermedad, en donde la paciente busca ayuda para adaptarse y asimilar su nuevo cuadro clínico, así como poder llevar de forma armoniosa una relación entre sus familiares y amigos.

El instrumento consta de 28 ítems que evalúan el conocimiento que posee la paciente referente a los autocuidados después de una mastectomía. (15)

- a. Higiene, se evalúa en 2 ítems.
- b. Vestimenta, se evalúa en 2 ítems.
- c. Alimentación, evalúa en 2 ítems.
- d. Controles médicos, se evalúa en 6 ítems.
- e. Tratamiento, se evalúa en 10 ítems
- f. Ejercicios de rehabilitación, se evalúa en 1 ítem.
- g. Actividad de la vida diaria y trabajo, se evalúan en 2 ítems.
- h. Relaciones interpersonales, se evalúan en 1 ítem.
- i. Apoyo psicológico, se evalúan en 1 ítems.
- j. Integración a grupos sociales, 1 ítem

Para cada uno de los ítems las opciones de respuesta son:

- Correcto : 2 puntos
- Incorrecto : 0 puntos

El puntaje mínimo que se puede obtener es de 0 puntos y el máximo es de 56. Para calificar el conocimiento que posee la paciente sobre el autocuidado posterior a una mastectomía, se establece la siguiente categoría.

- Bueno : 23 – 56 puntos
- Regular : 15 – 22 puntos
- Deficiente : 0 – 14 puntos

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se han realizado varios estudios donde se ha utilizado el instrumento SF-36. En una investigación realizada por la universidad de Cartagena, donde se buscaba determinar la confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes post infarto agudo al miocardio, se concluyó que el instrumento es confiable encontrando un alfa de Cron Bach entre 0,74 a 0,93. En otros estudios se ha validado la versión castellana del SF-36, con un valor de alfa de Cron Bach superior a 0,7 (considerado como bueno) en todos los dominios (rango de 0,71 a 0,94), excepto en la relación social (alfa = 0,45); por tanto, es recomendable para valoraciones de calidad de vida. (43)

En Chile el cuestionario SF-36 v.2, ha sido debidamente validado y por tanto, es un instrumento útil para futuras evaluaciones nacionales y comparaciones con resultados de salud internacionales. Para la adecuación cultural del instrumento se usó como base, la versión española de SF-36 la cual, fue adaptada sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia chilena. Este proceso de adaptación fue complementado con dos traducciones del cuestionario SF-36v.2 en inglés por dos traductores independientes.

El español de Chile fue el idioma nativo de ambos traductores. Uno de ellos tiene experiencia en investigaciones de salud y el otro una dilatada experiencia en la enseñanza del idioma inglés para adultos (Olivares 2006). (42)

Validez y Confiabilidad del Instrumento de Autocuidado

La investigadora Luisa Quicaño realizó la validez del instrumento a través del juicio de expertos: una (01) enfermera especialista en Oncología y un (01) docente especialista en investigación y oncología de la UAP de la escuela de Enfermería.

Quicaño Surco realizó la prueba piloto en 10 pacientes que reunían características acordes a los criterios de inclusión en el Hospital Nacional CASE de EsSalud y se procedió a determinar la confiabilidad del instrumento.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para ejecutar el estudio se realizó el trámite administrativo pertinente, mediante un oficio remitido por la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando la autorización pertinente al Director del Instituto y el Comité de Investigación, luego se realizó la coordinación pertinente con la Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

En el consultorio de Mastología y Partes blandas se obtuvo la relación de las pacientes que ya habían sido intervenidas, que facilitó su ubicación en el área de Quimioterapia ambulatoria.

Las encuestas se realizaron de Lunes a Sábado por la mañana, debido a la mayor concurrencia de pacientes para recibir tratamiento. Primero se les informó a las pacientes sobre el objetivo del estudio, luego se obtuvo el consentimiento informado y por último se aplicó el cuestionario con una duración entre 10 y 15 minutos por paciente.

Para la recolección de los datos de la ficha de información se hizo una comparación con las historias clínicas, para evitar vacíos o datos erróneos.

Para ejecutar el estudio se consideró la autorización de la Institución y el consentimiento informado de las participantes del estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos en tablas estadísticas elaborados a partir de la información obtenida durante la ejecución.

Para el análisis de los datos numéricos se utilizaron medidas de tendencia central (media aritmética, percentiles, desviación estándar). Para la prueba de hipótesis se utilizó el estadígrafo Chi cuadrado para determinar la correlación entre las variables de estudio.

Tabla 1

Población en estudio según edad, IREN - SUR, Arequipa 2017

EDAD	Fi	%
31 a 35	4	6,7%
36 a 45	13	21,7%
46 a 55	21	35,0%
56 a 65	19	31,7%
66 a 76	3	5,0%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

$$n = 60; \bar{X} = 50,97; \sigma = 9,680; Q_1 = 44,25; Q_2 = 49,50; Q_3 = 57,75$$

En la presente tabla se observa que las edades de la población encuestada fluctúan entre los 31 y 76 años. La edad promedio es 50,97 años con una desviación estándar de 9,680. El 25% de las edades se encuentran por debajo de los 44 años, el 50% se encuentran por debajo de los 50 años y el 75% de las edades se encuentran por debajo de los 58 años.

Tabla 2

Población en estudio según religión, IREN SUR, Arequipa 2017

Religión	Fi	%
Católica	52	86,7%
Adventista	5	8,3%
Evangélica	2	3,3%
Cristiana	1	1,7%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que el 86,7% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur son de religión católica, el 8,3% son adventistas, el 3,3% son evangélicas y solo un 1,7% son cristianas. Dicho resultado corresponde a la religión predominante del Perú que es la católica.

Tabla 3***Población en estudio según procedencia, IREN SUR, Arequipa 2017***

Procedencia	Fi	%
Arequipa	36	60,0%
Puno	12	20,0%
Moquegua	6	10,0%
Cusco	2	3,3%
Madre de Dios	2	3,3%
Tacna	2	3,3%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que el 60,0% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur provienen de Arequipa, el 20,0% de Puno, el 10,0% de Moquegua y el 3,3% de Cusco, Madre de Dios y de Tacna respectivamente. Esto reafirma que la mayoría de las pacientes atendidas provienen del sur de nuestro país.

Tabla 4

Población en estudio según estado civil, IREN SUR, Arequipa 2017

Estado Civil	Fi	%
Casada	21	35,0%
Conviviente	16	26,7%
Soltera	23	38,3%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

De la presente tabla se evidencia que el 38,3% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur son solteras, mientras que el 35,0% son casadas y el 26,7% convivientes. Esto significa que el 61,7% de pacientes tiene pareja.

Tabla 5

Población en estudio según grado de instrucción, IREN SUR, Arequipa 2017

Grado de Instrucción	fi	%
Primaria	11	18,3%
Secundaria	30	50,0%
Técnico	12	20,0%
Universitaria	7	11,6%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla observamos que el grado de instrucción del 50,0% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur es secundaria, el 20,0% es técnico, el 18,3% es primaria y el 11,6% tiene un grado de instrucción universitaria. Esto indica que gran parte de las pacientes son instruidas y están en la capacidad de leer y escribir.

Tabla 6***Población en estudio según ocupación, IREN SUR, Arequipa 2017***

Ocupación	fi	%
Ama de casa	44	73,3%
Auxiliar educación	1	1,7%
Comerciante	12	20,0%
Obrera	1	1,7%
Secretaria	1	1,7%
Enfermera Técnica	1	1,7%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presenta tabla se evidencia que el 73,3% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, tiene como ocupación Ama de casa, el 20,0% son comerciantes, el 1,7% Auxiliar de educación, el 1,7% Obrera, el 1,7% secretaria y un 1,7% es Enfermera técnica. Estos resultados indican que la mayor parte de pacientes se dedica a tareas del hogar, por tanto no perciben un salario.

Tabla 7***Población en estudio según número de hijos, IREN SUR, Arequipa 2017***

Número de Hijos	Fi	%
0-1	27	45,0%
2-3	21	35,0%
4-5	8	13,3%
6-7	4	6,7%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que el 45,0% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, tienen al menos 1 hijo, el 35,0% tienen 2 a 3 hijos, el 13,3% 4 a 5 hijos y un 6,7% tiene de 6 a 7 hijos. Estos resultados demuestran que la gran mayoría tiene una carga y responsabilidad familiar.

Tabla 8

Población en estudio según número de personas en casa, IREN SUR, Arequipa 2017

Nº de Personas en Casa	Fi	%
1-2	3	5%
3-4	24	40%
5-6	28	46,7%
7 a más	5	8,3%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que el 46,7% de las personas que habitan en la casa de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, son en número de 5 a 6 personas, el 40% son de 3 a 4, el 8,3% son de 7 a más y solamente un 5% son 1 a 2 personas. Esto señala que la mayoría de las pacientes tiene una familia numerosa.

Tabla 9***Población en estudio según sustento del hogar, IREN SUR, Arequipa 2017***

Sustento del hogar	Fi	%
Esposos	26	43,3%
Hermanos	4	6,7%
Hijos	14	23,3%
Paciente	16	26,7%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que el 43,3% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur manifiesta que el sustento de su hogar está dado por el esposo, el 26,7% por ellas mismas, el 23,3% por los hijos, el 6,7% por los hermanos. Dicho resultado manifiesta que un mayor porcentaje el sustento del hogar es brindado por el esposo.

Tabla 10***Población en estudio según estadio de la enfermedad, IREN SUR, AREQUIPA 2017***

Estadio de la Enfermedad	Fi	%
IIA	7	11,7%
IIB	14	23,3%
IIIA	15	25,0%
IIIB	13	21,7%
IIIC	4	6,7%
IVA	7	11,7%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla el 25,0% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur se encuentra en el Estadio IIIA, el 23,3% en el estadio IIB, un 21,7% en el estadio IIIB, el 11,7% en el estadio IIA y el 11,7% se encuentra en el estadio IVA. Estos resultados señalan que la mayor parte de las pacientes han sido captadas a tiempo y en una etapa aún operatoria.

Tabla 11***Población en estudio según tipo de operación, IREN SUR, Arequipa 2017***

TIPO DE OPERACIÓN	Fi	%
Parcial Bilateral	1	1,7%
Parcial Derecha	13	21,7%
Parcial izquierda	14	23,3%
Radical Modificada Bilateral	1	1,7%
Radical Modificada Derecha	15	25,0%
Radical Modificada Izquierda	16	26,7%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla según el tipo de operación de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, el 26,7% es de tipo radical modificada izquierda, el 25,0% de tipo radical modificada derecha, el 23,3% de tipo Parcial Izquierda, el 21,7% de tipo Parcial Derecha, el 1,7% de tipo Parcial Bilateral y un 1,7% es de tipo radical modificada bilateral.

Tabla 12

Población en estudio según Resección del nódulo linfático, IREN SUR, Arequipa 2017

Resección del Nódulo linfático	Fi	%
Axilar	40	66,7%
Centinela	9	15,0%
Ninguno	11	18,3%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se evidencia que el 66,7% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur presentan un Nódulo linfático Axilar, el 15,0% tienen un nódulo Centinela y un 18,3% no tienen ningún tipo de nódulo. Esto refleja que la mayoría de las pacientes se sometió a disección de linfonodos para descartar metástasis, evitar recidivas y así garantizar la eficacia de la cirugía.

Tabla 13

Población en estudio según realización de biopsia, IREN SUR, Arequipa 2017

Biopsia	fi	%
Si	60	100%
No	0	0.0%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que al 100% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se les practicó una biopsia para poder ser sometidas a la intervención quirúrgica.

Tabla 14

Población en estudio según tratamiento, IREN SUR, Arequipa 2017

Reconstrucción	fi	%
Si	2	3,3%
No	58	96,7%
Total	60	100,0%
Radioterapia	fi	%
Si	26	43,3%
No	34	56,7%
Total	60	100,0%
Quimioterapia	fi	%
Si	59	98,3%
No	1	1,7%
Total	60	100,0%
Terapia hormonal	fi	%
Si	0	0,0%
No	60	100,0%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se puede ver que en cuanto al tratamiento recibido por las pacientes atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, al 3,3% se les practicó una reconstrucción; el 43,3% recibió radioterapia; el 98,3% recibió quimioterapia mientras que ninguna de ellas recibió terapia hormonal. Estos resultados confirman que el tratamiento usado con más frecuencia es la quimioterapia por ser menos invasiva y tener alta eficacia.

Tabla 15

Población en estudio según etapa de la enfermedad, IREN SUR, Arequipa 2017

Etapa	Fi	%
Curativa	56	93,3%
Paliativa	4	6,7%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla el 93,3% de pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se encuentra en etapa curativa de la enfermedad y el solo en un 6,7% está en etapa paliativa. Esto indica que la cirugía y otros tratamientos han demostrado su eficacia.

Tabla 16***Población en estudio según enfermedad concomitante, IREN SUR, Arequipa 2017***

Enfermedad Concomitante	Fi	%
Alergia	1	1,7
Ca. Óseo	2	3,3
Ca. Ovárico	1	1,7
Ca. Pulmonar	1	1,7
DM	1	1,7
HTA	3	5,0
HTA, DM	1	3,4
Metástasis	1	1,7
No	48	80,0
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se evidencia que el 80,0% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, no presenta enfermedad concomitante, el 5,0% tiene hipertensión arterial (HTA), el 3,4% tienen HTA y diabetes mellitus (DM) concomitantemente, el 3,3% tiene Cáncer Óseo, mientras que el 1,7% tiene alergias, Cáncer Ovárico, Cáncer Pulmonar, DM y Metástasis respectivamente. Esto refleja que la mayoría de las pacientes no tiene otra dolencia que pueda influir en su calidad de vida o autocuidado.

Tabla 17

Población en estudio según mano dominante, IREN SUR, Arequipa 2017

Mano Dominante	Fi	%
Derecha	53	88,3%
Izquierda	7	11,7%
Total	60	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la presente tabla se evidencia que del total de pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur estudiadas, el 88,3% tiene como mano dominante la derecha mientras que el 11,7% es zurda; la dominancia manual es un dato relevante para detectar el deterioro de la dimensión física.

Tabla 18

Población en estudio según situación económica, IREN SUR, Arequipa 2017

Situación económica	Fi	%
Buena	0	0,0%
Regular	29	48,3%
Mala	31	51,7%
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla podemos observar que el 51,7% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, tiene una mala situación económica, el 48,3% una situación económica regular mientras que ninguna tienen una situación económica buena. Dicho resultado evidencia que las pacientes atraviesan una situación económica poco favorable para afrontar su enfermedad.

Tabla 19

Población en estudio según nivel de autocuidado, IREN SUR, Arequipa 2017

Nivel de Autocuidado	Fi	%
Bueno	42	70%
Regular	16	26,7%
Deficiente	2	3,3%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se evidencia que el 70% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, tiene un nivel de autocuidado bueno, el 26,7% es regular y solo un 3,3% es deficiente. Este resultado refleja que la paciente con enfermedad oncológica centra su atención en su propio cuidado, las pacientes se proponen mejorar y preservar un buen estado de salud.

Tabla 20***Población en estudio según calidad de vida, IREN SUR, Arequipa 2017***

Calidad de Vida	Fi	%
BAJA	5	8,3%
MEDIA	10	16,7%
ALTA	45	75,0%
Total	60	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se evidencia que el 75% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur tiene una calidad de vida alta, el 16,7% es media y solo un 8,3% es baja. Este resultado significa que, no obstante tener algunas características desfavorables, como el nivel económico, las pacientes perciben una calidad de vida alta. Probablemente gracias al soporte de la familia.

Tabla 21

Población en estudio según nivel de calidad de vida en la dimensión física, IREN - SUR, Arequipa 2017

DIMENSIÓN FÍSICA	Fi	%
Alta	1	1,7
Media	54	90,0
Baja	5	8,3
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se evidencia que el 90% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur tienen una calidad de vida media referente a la dimensión física, el 8,3% es baja y solo un 1,7% es Alta. Este resultado significa que, físicamente las pacientes no se encuentran rehabilitadas en su totalidad, la cirugía puede comprometer el normal funcionamiento del brazo del lado afectado, esto conlleva que la paciente reduzca el tiempo que ocupaba en sus actividades o que simplemente no las realice. Probablemente las pacientes tienen una regular calidad de vida en la dimensión física gracias a que cumplen con gran parte de las indicaciones para su autocuidado.

Tabla 22

Población en estudio según nivel de calidad de vida en la dimensión psicológica, IREN - SUR, Arequipa 2017

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	Fi	%
Alta	39	65,0
Media	20	33,3
Baja	1	1,7
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que el 65% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur tienen una calidad de vida alta en cuanto a la dimensión psicológica, el 33,3% tienen una calidad de vida psicológica media y el 1,7%, baja.

El proceso de enfrentar una enfermedad y aceptar lo que conlleva el tratamiento, resulta un factor estresante en la vida de la paciente mastectomizada, es una constante incertidumbre que genera sentimientos de tristeza, nerviosismo, cansancio e intranquilidad frente a una nueva realidad.

Probablemente el apoyo de la familia, es uno de los factores que influye en el estado emocional de cada paciente, el sentirse queridas, protegidas y acompañadas les otorga la vitalidad para hacerle frente al cáncer de mama y a los tratamientos.

Tabla 23

Población en estudio según nivel de calidad de vida en la dimensión social, IREN - SUR, Arequipa 2017

DIMENSIÓN SOCIAL	Fi	%
Alta	45	75,0
Media	12	20,0
Baja	3	5,0
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se logra apreciar que en cuanto compete a la calidad de vida en la dimensión social de las mujeres mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, la mayoría (75%) mantiene una calidad de vida social alta, el 20% tiene una calidad de vida social media y que el 5% tiene una calidad social baja.

La mayoría de las pacientes intentan reinsertarse a sus actividades sociales con normalidad, ya sea en el trabajo o comunidad la gran mayoría preserva lazos muy fuertes con la familia y algunas con amigos y/o vecinos.

Tabla 24

Correlación entre el autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017

Nivel de Autocuidado	Calidad de vida en la Dimensión Física							
	Baja		Media		Alta		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Deficiente	0	0,0%	2	3,3%	0	0,0%	2	3,3%
Regular	1	1,7%	14	23,3%	1	1,7%	16	26,7%
Bueno	10	16,7%	26	43,3%	6	10,0%	42	70,0%
TOTAL	11	18,3%	42	70,0%	7	11,7%	60	100.0%

Fuente: elaboración propia

$$X^2 = 0,109; \quad gl = 4; \quad p\text{-valor} = 0,003$$

En la presente tabla se tiene que el 43,3% de pacientes mastectomizadas con un nivel de autocuidado bueno tienen una calidad de vida media en cuanto a la dimensión física.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un p-valor = 0,003 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 0,109$, existe relación entre el nivel de autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

Tabla 25

Correlación entre el autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017

Nivel de Autocuidado	Calidad de vida en la Dimensión Social							
	Baja		Media		Alta		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Deficiente	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%	2	3,3%
Regular	3	5,0%	11	18,3%	2	3,3%	16	26,7%
Bueno	7	11,7%	22	36,7%	13	21,7%	42	70,0%
TOTAL	11	18,3%	34	56,7%	15	25,0%	60	100.0%

Fuente: elaboración propia

$$X^2 = 3,818; \quad gl = 4; \quad p\text{-valor} = 0,004$$

En la presente tabla se tiene que el 36,7% de pacientes mastectomizadas con un nivel de autocuidado bueno tienen una calidad de vida media en la dimensión social.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un p-valor = 0,004 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 3,818$, existe relación entre el nivel de autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

Tabla 26

Correlación entre el autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017

Nivel de Autocuidado	Calidad de vida en la Dimensión Psicológica							
	Baja		Media		Alta		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Deficiente	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%	2	3,3%
Regular	3	5,0%	7	11,7%	6	10,0%	16	26,7%
Bueno	10	16,7%	20	33,3%	12	20,0%	42	70,0%
TOTAL	14	23,3%	28	46,7%	18	30,0%	60	100.0%

Fuente: elaboración propia

$$\chi^2 = 1,728; \quad gl = 4; \quad p\text{-valor} = 0.007$$

En la presente tabla se tiene que el 33,3% de pacientes mastectomizadas con un nivel de autocuidado bueno tienen una calidad de vida media en la dimensión psicológica.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un $p\text{-valor} = 0,007 < 0,05$ y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $\chi^2 = 1,728$, existe relación entre el nivel de autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

Tabla 27

Correlación entre autocuidado y calidad de vida en pacientes mastectomizadas, IREN SUR, Arequipa 2017

Nivel de Autocuidado	Calidad de Vida							
	Baja		Media		Alta		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Deficiente	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	2	3,3%
Regular	0	0,0%	3	5,0%	13	21,7%	16	26,7%
Bueno	5	8,3%	6	10,0%	31	51,7%	42	70,0%
TOTAL	5	8,3%	10	16,7%	45	75,0%	60	100.0%

Fuente: elaboración propia

$$X^2 = 3,919; \quad gl = 4; \quad p\text{-valor} = 0,004$$

En la presente tabla se tiene que el 51,7% de pacientes mastectomizadas con un nivel de autocuidado bueno tienen una calidad de vida alta.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un p-valor = 0,004 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 3,919$, existe relación entre el nivel de autocuidado y la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La calidad de vida es un concepto amplio que no sólo engloba el estado de salud, sino que también incluye causas externas al individuo que pueden modificar su estado de salud, ya sea su economía, educación, medio ambiente o sistemas de salud. La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes con cáncer de mama hace referencia a un concepto multidimensional, que incluyen áreas de salud que se pueden ver afectadas por la enfermedad y los diferentes tratamientos, como puede ser el nivel de funcionamiento físico, aspectos psicológicos, sociales, síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos. La percepción del paciente de su enfermedad y su situación son muy variables, y otros factores como la adaptación a la enfermedad o el estado de ánimo entran en juego en la valoración de la calidad de vida. Por tanto se trata de un concepto subjetivo, pero a la vez dinámico.

En estas condiciones se encuestó a 60 mujeres, pacientes mastectomizadas del IREN – SUR.

Según nuestros resultados sociodemográficos las pacientes mastectomizadas del IREN SUR objeto del presente estudio tienen una edad que fluctúa entre los 31 y 76 años con un promedio de 50,97 años. Se aprecia que el 95% de las pacientes viven con 2 o más personas y solamente un 5% vive sola; similar a lo encontrado por Ruiz P. (2015) en su investigación titulada “Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama” que encontró que las mujeres de su estudio oscilan entre los 28 y 69 años, siendo la edad media de la muestra de 51.76 años y que el 92.5% de las mujeres conviven con una o más personas, sólo el 7.5% de estas viven solas. (43)

El 50% tiene secundaria completa y la gran mayoría son de religión católica (86,7%) similar a lo encontrado por Mejía M. (2012) en su estudio titulado “Incertidumbre, Calidad de Vida e Imagen Corporal en Mujeres Sometidas a Mastectomía”, en donde se observa que en cuanto al nivel de escolaridad el 51% apenas lograron terminar su bachillerato y para ambos grupos la religión católica representa el 75% en las pacientes reconstruidas, y el 85% para las no reconstruidas, seguidas de la religión cristiana. (11)

El 61,7% es casada o conviviente igual a los resultados del estudio de Recalde M. y Samudio (2012) que obtuvo el 61% de las pacientes estaban casadas en el momento de la encuesta. (44)

El 80% de las pacientes mastectomizadas del IREN - SUR, no presenta enfermedad concomitante y un 20% presenta otra enfermedad similar a lo encontrado por Mols F et.al, en países bajos en el 2005, en una revisión sistemática en sobrevivientes de cáncer de mama a largo plazo (> 5 años), halló que las mujeres con buena calidad de vida, no tenían comorbilidades, (13)

En el presente estudio se encontró que el 75% de las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur tiene una calidad de vida alta, el 16,7% es media y solo un 8,3% es baja, resultados similares a los

encontrados por Palacios M. (2014) en su investigación titulada "Calidad de Vida en Mastectomizadas por Cáncer de Mama a un año de Terapia Adyuvante en un Hospital de Lambayeque 2008 – 2010.", donde encontró que el porcentaje de respuesta fue adecuado (81,3%); el 100 % de las participantes mostraron buena calidad de vida. (13)

Sin embargo, a pesar de contar con un estado de regular a buena calidad de vida, el 51,7% de las pacientes mastectomizadas del IREN - SUR, tiene una mala situación económica, el 48,3% una situación económica regular mientras que ninguna tienen una situación económica buena por tanto sólo un 3,3% se sometió a reconstrucción mamaria que coincide con el estudio de Palacios donde influye el estrato socioeconómico y se observa una notoria diferencia referente a que las pacientes reconstruidas figuran en estratos altos y las no reconstruidas corresponden a estratos bajos.(13)

Además cabe mencionar que para Bradley y cols., el cáncer de mama puede generar problemas económicos por la ausencia o renuncia a sus empleos, (42) esto se refleja en que 73,3% de las pacientes del IREN – SUR tiene como ocupación ser ama de casa y que el 43,3% de las pacientes manifiesta que el sustento de su hogar está dado por el esposo, el 26,7% por ellas mismas, el 23,3% por los hijos.

El nivel económico de regular a malo que se encontró en el presente estudio se puede deber a que en nuestro país la mayoría de los servicios de salud son subsidiados por el estado, previa evaluación económica que les permite acceder a ser paciente SIS con la condición de poseer pocos recursos económico y pertenecer al nivel de pobreza extrema, este podría ser el argumento por el cuál las pacientes refieren un nivel económico bajo, quizás para evitar que les restrinjan o retiren el seguro subsidiado por el estado.

En la calidad de vida de la dimensión física encontramos que el 8,3% es baja, el 90% presenta una salud física media, dato similar a lo expuesto por Díaz C. y

Pacherres C. (2016) en la dimensión de función física el 66.7% nos dan como respuesta que sí, se limitan un poco. (45)

En la calidad de vida de la dimensión social el 5% de las pacientes presenta una calidad baja, el 20% media y el 75,0% alta, resultados que concuerdan con Díaz C. y Pacherres C. (2016) en la dimensión función social el 47,1% solo alguna vez su salud física o los problemas emocionales han dificultado un poco sus actividades sociales o familiares. En la calidad de vida de la dimensión psicológica se encontró que el 1,7% presenta una calidad baja, el 33,3% media y el 65% baja, similar a lo observado por Díaz C. y Pacherres en el rol emocional el 49% manifiesta que los problemas emocionales han intervenido un poco sus actividades. (45)

En cuanto al Autocuidado se encontró que el 70% de las pacientes mastectomizadas del IREN – SUR tienen un nivel de autocuidado bueno, el 26,7% es regular y solo un 3,3% es deficiente que es similar a lo encontrado por Quicaño (2010) un 86,7% de las pacientes manifiesta un Autocuidado bueno y el 13,3% un autocuidado regular. (15)

De igual forma Muñoz N. (Argentina, 2014) afirma que el 68% (41) de los pacientes encuestados manifestó tener mucha orientación sobre los cuidados a seguir para prevenir complicaciones y un 32% (19) manifestó recibir poca información para prevenir complicaciones. La mayoría de los pacientes tienen conocimiento sobre cómo actuar para prevenir complicaciones.

El personal de enfermería, se considera en el reto de priorizar el cuidado y ser facilitador de aquellos recursos humanos, indispensables para lograr obtener y mantener un mejor autocuidado y una mayor calidad de vida.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Las 60 pacientes mastectomizadas del IREN SUR objeto del presente estudio tienen una edad que fluctúa entre los 31 y 76 años; el 60% provienen de Arequipa; la gran mayoría son de religión católica (86,7%), el 50% tiene secundaria completa; el 61,7% es casada o conviviente, el 73,3% es ama de casa; el 43,3% manifiesta que su esposo es el único sustento de su hogar; un 51,7% tiene una mala situación económica, el 45% tienen al menos 1 hijo mientras que el 35% tienen de 2 a 3 hijos.

SEGUNDA. La mayor parte (70%) de las pacientes mastectomizadas tiene un nivel de autocuidado bueno o regular (26,7%) mientras que solo en un 3,3% es deficiente.

TERCERA. La mayor parte (75%) de las pacientes mastectomizadas tiene una calidad de vida alta, el 16,7% es media y solo un 8,3% es baja.

CUARTA. Con un p-valor = 0,003 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 0,109$, existe relación entre el autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017. El 43,3% de pacientes mastectomizadas con un nivel de autocuidado bueno tienen una calidad de vida física media.

QUINTA. Con un p-valor = 0,004 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 3,818$, existe relación entre el autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017. El 36,7% de pacientes mastectomizadas con un nivel de autocuidado bueno tienen una calidad de vida social media.

SEXTA. Con un p-valor = 0,007 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 1,728$, existe relación entre el autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017. El 33,3% de pacientes mastectomizadas con un nivel de autocuidado bueno tienen una calidad de vida psicológica un poco media.

SEPTIMA. Con un p-valor = 0,004 < 0,05 y un valor calculado de Chi cuadrado de independencia $X^2 = 3,919$, existe relación entre el autocuidado y la calidad de vida que poseen las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017. A mayor nivel de autocuidado la calidad de vida se ve beneficiada y por ello también se eleva.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Dr. Carlos Felipe Palacios Rosado que se inserte un programa específico de salud que atienda las principales actividades de rehabilitación y consejería espiritual en pacientes sometidas a Mastectomía, para preservar e incrementar el autocuidado eficiente y una buena calidad de vida. En donde podrá enfrentar sus temores, reestructurar sus ideas a nivel emocional, social y con énfasis en la dimensión física, promoviendo un buen resultado en el procedimiento y la rehabilitación progresiva.
2. Se sugiere a las autoridades de la Gerencia Regional de Salud, establecer sistemas y convenios de apoyo integrado por el Gobierno Regional y municipalidades, para mejorar la calidad de vida en mujeres con mastectomía a través de la inserción laboral de las pacientes en puestos de trabajo que de acuerdo a su condición les permita desarrollarse en el ámbito económico.
3. Se recomienda a los investigadores, realizar estudios cualitativos por medio de entrevistas personalizadas, estudios de caso o fenomenológicos; ya que durante la recogida de datos, las mujeres entrevistadas aportan una gran cantidad de datos relevantes sobre sus experiencias vividas con la enfermedad, que los instrumentos cuantitativos empleados no recogen en toda su complejidad y diversidad. También se podría comparar los resultados de calidad de vida medidos, con distintos instrumentos para analizar si existen diferencias significativas entre ellos.

4. Se sugiere a la comunidad universitaria, proponer proyectos para la generación de políticas públicas en salud, en el ámbito local, regional y nacional, acorde con los resultados de la presente investigación, los cuales contribuyan a la identificación de problemas y necesidades reales de la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas. Tales proyectos pueden estar enfocados en la distribución equitativa de los recursos de salud, ya sea en pacientes SIS o particulares.

5. Se aconseja a la comunidad enfermera, generar planes de cuidados estandarizados a partir de los problemas y secuelas identificadas entre las mujeres sometidas a mastectomía, aplicando diagnósticos enfermeros, siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Además mediante la apertura de los consultorios de enfermería se puede trabajar la promoción de la salud, en dónde se pueda brindar servicios de prevención a través de la enseñanza correcta del autoexamen de mamas, la asistencia a través de los controles periódicos durante la enfermedad y la rehabilitación después de la cirugía mediante la enseñanza de rutinas de ejercicios para el brazo afectado; de ésta forma se puede garantizar un cuidado integral en pacientes mastectomizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueroa, S., Guamán, M. y Guerrero, A. (2012) Protocolo de autocuidado en pacientes postmastectomizadas que acuden a consulta externa de oncología clínica y quimioterapia del Hospital "Vicente Corral Moscoso", Cuenca 2012 [Internet]. Dspace.ucuenca.edu.ec. 2017 [citado 11 Abril 2017]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3573>
2. The American Society of Breast Disease, The Senologic International Society, and The International Society of Breast Pathology. Normas Internacionales Para la Salud de Mama y el Control de Cáncer de Mama. The Breast Journal.2007 [citado 11 Abril 2017]; 13(1):90. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-bc-BHGI-Norma-Int.pdf>
3. Velásquez, A. (2009) La carga de enfermedad y Lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento. Rev Peru Med Exp Salud Publica.[Internet] 2009; [Citado 11 Abril 2017];26(2): 222-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>
4. Silverio, A. (2016) Calidad de vida en la mujer con cáncer de mama sometida a mastectomía [Tesis en Internet]. Universidad de Oviedo; 2016 [citado 13 abril 2017]. 56 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/38208>
5. Silva, M., Lavinás, M. De Almeida, P. Sánchez, M y Carvalho, A. (2012) Evaluación de manual de educación como una estrategia para el conocimiento de las mujeres con mastectomía. Rev. Latino-Am. Enfermería [Internet]. 2012, [citado 09 Feb 2017]; 20(4): 9-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400006>.
6. Oiz, B. (2005) Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2005 [citado 09 Feb 2017]; 28(Supl 2): 19-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003&lng=es.
7. Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Guía de Cuidados para mujeres

mastectomizadas. Hospital Universitario Reina Sofía – Área de Enfermería. [Citado 10 Ene 2017] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/mastectomia.pdf>

8. Cuervo, R. (2013) Autocuidado en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. [Tesis en Internet]; Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Enfermería. México 2013 [Citado 10 Ene 2017] 76 p. Disponible en: <http://docplayer.es/16688303-Resumen-palabras-clave-cancer-de-mama-conocimiento-de-autocuidado-factores-condicionantes-basicos-autoexploracion-mamaria-y-actitud.html>
9. Base de datos del área de estadística e informática del IREN- SUR del año 2016 - 2017.
10. Izquierdo, M., González, U., Alerm, A. y Jáuregui, U. (2008) Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. Rev haban cienc méd [Internet]. 2008 Jun [citado 2017 Feb 16]; 7(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000200014&lng=es.
11. Mejía, M. (2012) Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia 2012 [cited 12 March 2017]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejiarojas.2012.pdf>
12. Marín, C., Martínez, D., Vera, F., Echeverri, S., Muñoz, D. Quelal, K., Sánchez, D. y Urbano, S. (2010) Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010 Investigaciones andina.[Internet] 2010 [Citado 17 Feb 2017]No. 27 Vol. 15 - 134 p. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n27/v15n27a08.pdf>
13. Palacios, M. (2010) Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un Hospital de Lambayeque 2008 – 2010. [Tesis] Facultad de Medicina de la Universidad Católica

Santo Toribio de Mogrovejo. 2014. [Citado 17 Feb 2017] 53 – 53 pp. Disponible en http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/300/1/TL_Palacios_Benzaquen_MelissadelPilar.pdf

14. Cáceres, R. y Soto, V. (2013) Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama en el Hospital Nacional Alanzor Aguinaga. Chiclayo 2012. Rev Cuerpo Médico HNAAA 2013 [Internet] 2017 [Citado 17 Feb 2017]; 6(1) : 25-29. Disponible en http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag25-29.pdf
15. Quicaño, L. (2010) Nivel de conocimientos sobre autocuidado en relación a los estilos de vida en mujeres mastectomizadas de la asociación paz y amor, Arequipa 2010 [Tesis]. Arequipa: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud.
16. Vera, Y. (2009) Comportamiento en la prevención de cáncer de mama de las pacientes que acuden al consultorio de ginecología del centro de salud de Mariano Melgar MINSA, Arequipa – 2009 [Tesis]. Arequipa: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud.
17. Marriner, A. y Raile, M. (2007) Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007
18. Prado L., González M., Paz N., Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Dic 16];36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
19. Navarro Y., Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un Grupo Comunitario a través del Proceso de Enfermería. Rev. Enf. Global. [Internet]. 2010 Jun. [Citado 2017 Dic 16];19(1): 1-14. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/MODELOOREM.pdf>

- 20.** Manzini C., Simonetti J. Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la teoría del auto cuidado de Orem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 Feb [citado 2017 Dic 16]; 17(1): 113-119. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100018&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692009000100018.
- 21.** American Cancer Society. [Citado 03 Mar 2017]. Disponible en <https://old.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>
- 22.** Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. Guía de Cáncer de mama [Internet]. American Society of Clinical Oncology: Virginia, 2011[Citado 03 Mar 2017]. Disponible <http://www.grupogamma.com/wp-content/uploads/2012/09/Gu%C3%ADa-del-c%C3%A1ncer-de-mama-cancernet.pdf>
- 23.** Perales, J. (2008) Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno [Tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana-Facultad de Enfermería; 2008 [Citado 03 Mar 2017]. 105 p. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis27.pdf>
- 24.** Brunner y Suddarth, (2004) Principios de Enfermería Médico Quirúrgico, 10ma edición vol. II, 2004 pág. 1613
- 25.** Hundelhausen, M., Porto, A., Meza, E., Pérez, K., Ripoll, A, Gómez, I. (2015) Calidad de vida en mujeres mastectomizadas en dos instituciones de Cartagena en el año 2015 [Tesis]. Colombia: Universidad De Cartagena - Facultad De Enfermería; 2017 [citado 28 Feb 2017]. 50 p. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3099>
- 26.** Guía para la Mujer para el Tratamiento del Cáncer de Seno. Departamento de Servicios de Atención Médica De California (CDHCS)

- División de Detección y Tratamiento del Cáncer. Enero de 2016. Citado 06/03/17. Disponible en http://www.mbc.ca.gov/Publications/Brochures/breast_cancer_spanish.pdf
27. Departamento de Servicios de Atención Médica De California (CDHCS). Guía para la Mujer para el Tratamiento del Cáncer de Seno [Internet]. California: División de Detección y Tratamiento del Cáncer; 2016. [Citado 06 Mar 2017]. 48 p. Disponible en http://www.mbc.ca.gov/Publications/Brochures/breast_cancer_spanish.pdf
28. Granados, M., Arrieta, O. y Cantú, D. (2013) Oncología y cirugía bases y principios. Sección X: Manejo de las neoplasias de mama. Pag. 474. [Internet] 1ª edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2013. [Citado 06 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Oncologia-Cirugia-Bases-Principios.pdf>
29. Cáncer. Net [Internet]. Virginia: Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO); 2005. [Citado 07 Mar 2017]. Disponible en www.cancer.net
30. Palomino. Calidad de Vida. [Internet]. [Citado 28 Feb 2017] 191-238 p. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf.
31. Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012) Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica [Internet]. 2012 [Citado 28 Feb 2017]; 30(1): 61-71. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
32. Nava, G. (2012) La calidad de vida: Análisis Multidimensional". Enf Neurol (Mex) [Internet].2012 [Citado 07 Mar 2017]; 11(3): 129-137, 2012 ©INN. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
33. Gamboa, C. (2013) Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida: programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013.[Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San

- Marcos; 2014 [Citado 07 Mar 2017]. 96 p. Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/3625>
34. Prada, D., Hernández, C., Gómez, J., Gil, R., Reyes, Y. y Solís, U. et al. (2015) Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2015 Abr [citado 2017 Mayo 03]; 17(1): 48-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100008&lng=es.
 35. Gómez, O. (2014) Calidad de vida y Nivel de salud percibido en personas con artritis reumatoide. [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2014 [Citado 11 Mar 2017] 209 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46511/>
 36. Tobón, O, y García, C. (2004) Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Editorial U. de Caldas 2004 [Citado 10 Abril 2017] 115 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=oq1pu6rq4KoC&pg=PA29&lpg=PA29&dq=PINZ%C3%93N,+Lina.+Hacia+la+renovaci%C3%B3n+de+la+acreditaci%C3%B3n+del+Programa+de+Enfermer%C3%ADa+de+la+Universidad+de+Caldas:&source=bl&ots=B4MUxEjyky&sig=dV5fdufFkuw9CzsL1vrn6TSWQZs&hl=es&sa=X#v=onepage&q=PINZ%C3%93N%20C%20Lina.%20Hacia%20la%20renovaci%C3%B3n%20de%20la%20acreditaci%C3%B3n%20del%20Programa%20de%20Enfermer%C3%ADa%20de%20la%20Universidad%20de%20Caldas%3A&f=false>
 37. Calderón, G. y Rojas, J. (2013) Prácticas de Autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, inscritos al Programa “Riesgo Cardiovascular” en la ESE Carmen Emilia Ospina Sede Granjas. Neiva, 2013. [Tesis] 2017 [Citado 09 abril 2017]. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/231.T.G-Gonzalo-Andres-Calderon-Santana-Jorge-Eduardo-Rojas-Duque-2014.pdf>
 38. Júlia, S., Hermel, A., Pizzinato, M. y Calderón, U. (2015) Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. Revista de Psicología (Lima) 2015.[Citado 17 Mar 2017]; 33 (2):439-467. Disponible en <http://hdl.handle.net/10923/8967>

39. García, C. y González, M. (2007) Bienestar psicológico y cáncer de mama. Universidad del Rosario Bogotá, Colombia. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet] 2007. [Citado 17 Mar 2017]; 25-1: 72-80 pp. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902508.pdf>

40. Araya, P. y Yáñez, A. (2003) Evaluación de la calidad de vida de pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional de Cáncer entre los años 2003 y 2005. [Tesis]. Universidad de Chile: Facultad de medicina, Escuela de Kinesiología; 2006 [Citado 10 Mar 2017] 64 p. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya_p/sources/araya_p.pdf

41. Romero, E. (2010) Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en pacientes post-infarto agudos de miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia, universidad de Cartagena. Revista Colombiana de Cardiología [Internet] 2010.[Citado 17 Mar 2017]; 17(2) : 41-46. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563310702187>

42. Ruiz, P. (2015) “Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama” [Tesis] Universidad De Murcia Facultad De Enfermería. [Citado 29 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/301274/TPRC.pdf?sequence=1>

43. Recalde, MT. Samudio, M. “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010”. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud,[Internet] 2012; [Citado 29 Nov 2017] Vol. 10(2) : 13-29. Disponible en: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/121>

44. Díaz, C. y Pacherras C. (2016). Calidad de Vida en Mujeres con Mastectomía, del Servicio de Cirugía del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2016. [Tesis]. Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería. [Citado 29 de Nov 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/2998>

ANEXOS

TITULO: "RELACION ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA 2017"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p align="center">PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Existe relación entre el autocuidado y la calidad de vida que poseen las pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?</p>	<p align="center">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida que poseen las pacientes mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p>	<p>H₁: Es probable que exista relación significativa entre autocuidado y calidad de vida en pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p>	<p>VARIABLE X: Calidad de vida</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensión física • Dimensión Social • Dimensión Psicológica 	<p align="center">TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Descriptiva</p> <p align="center">DISEÑO DE INVESTIGACION</p> <p>Correlacional de corte transversal</p>
<p align="center">PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Cuáles son las características demográficas de las pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?</p> <p>¿Cómo es el autocuidado en pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida en pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?</p> <p>¿Existe relación entre el autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?</p> <p>¿Existe relación entre el autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?</p> <p>¿Existe relación entre el autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017?</p>	<p align="center">OBJETIVO ESPECIFICOS</p> <p>Identificar las características demográficas de las pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p> <p>Caracterizar el autocuidado en pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p> <p>Identificar la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p> <p>Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p> <p>Determinar la relación entre el autocuidado y la dimensión social de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p> <p>Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión psicológica de la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas tratadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p>	<p>H₀: Es probable que no exista relación entre autocuidado y calidad de vida en pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017.</p> <p align="center">POBLACION</p> <p>La población está conformada por 160 pacientes con cáncer de mama a las que se les ha realizado la mastectomía durante el año 2016 y comienzos del 2017, actualmente están en la etapa del post operatorio en proceso de rehabilitación, y acuden al IREN – SUR a sus controles médicos y/o tratamiento de quimioterapia.</p> <p align="center">MUESTRA</p> <p>Estará conformada por 60 unidades de análisis luego de aplicar la fórmula para poblaciones finitas. No probabilístico censal</p>	<p>VARIABLE Y: Autocuidado</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspecto Bio – físico • Aspecto socio – emocional <p align="center">VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>Edad – Religión – Procedencia - Estado Civil Grado de instrucción Ocupación - Número de hijos - Número de personas en casa Sustento del hogar Estadio de la enfermedad Año de la mastectomía Tipo de cirugía Resección de nódulos Biopsia - Tratamiento Etapa de la enfermedad Comorbilidad - Mano dominante - Situación económica</p>	<p align="center">INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</p> <p>VARIABLE X: Calidad de vida Short-form Healthy Survey (SF-36) Versión 2</p> <p>VARIABLE Y: Autocuidado Cuestionario de Autocuidado</p>

Anexo 2



**UNIVERSIDAD PRIVADA ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA 2017

PRESENTACIÓN

El propósito de este instrumento es obtener información que posee las pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Arequipa.

- La información proporcionada será de vital importancia para el logro de esta investigación.
- Este cuestionario será un valioso aporte para el logro de los objetivos.
- Tiene carácter anónimo y confidencial con el objetivo de preservar su carácter científico

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO

- Lea las preguntas antes de responder.
- Tómese el tiempo que usted crea necesario.
- Se le agradece no dejar ninguna pregunta sin responder.
- La sinceridad con que usted responda los ítems será de mucha utilidad para esta investigación.

Anexo 3



**UNIVERSIDAD PRIVADA ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con N° de DNI _____, declaro haber recibido toda la información con respecto a este estudio, cuyo propósito es medir la calidad de vida de en pacientes mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa 2017, a través de una breve entrevista (duración aprox. 15 minutos) que deberé responder en una sola oportunidad y cuyos datos serán manejados confidencialmente.

Además, declaro haber tenido la opción de negarme a ser parte de él o retirarme en cualquier momento, con la certeza de que no tendría ninguna consecuencia negativa ni pérdida de derechos; pudiendo manifestar todas mis inquietudes y que éstas me fueron resueltas satisfactoriamente. Por lo tanto, sabiendo que esto no me provocará ningún daño, sino más bien, será un aporte para ayudar a personas que padecen esta misma enfermedad; acepto participar voluntariamente de esta investigación, a cuyos resultados podré acceder a partir del mes de Setiembre del presente año mediante la ubicación de su autora, Yobanela Málaga Pinto.

Firma del paciente

Yobanela Málaga Pinto

Fecha: ____ de _____ del 2017.

Anexo 4

FICHA DE DATOS GENERALES

DNI		N° H. CI	
Edad		Fecha de Nacimiento	
Religión		Procedencia	
Estado civil	Casada <input type="radio"/>	Soltera <input type="radio"/>	Viuda <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Conviviente <input type="radio"/>
Grado de instrucción	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Técnico <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/>
Situación Laboral	Ama de casa <input type="radio"/>	Empleada * <input type="radio"/>	Desempleada <input type="radio"/> Con licencia <input type="radio"/> Jubilada <input type="radio"/>
¿Tiene Hijos?	SI <input type="radio"/>	¿Cuántos?	NO <input type="radio"/>
*Especifique oficio, ocupación o profesión			
¿Cuántas personas viven en su casa? (incluyéndose Ud.)			
¿Quién sustenta su casa?			
Estadio de la enfermedad			
Año de la mastectomía			
Mastectomía	Parcial <input type="radio"/>		Total <input type="radio"/>
	Derecha <input type="radio"/>	Izquierda <input type="radio"/>	Bilateral <input type="radio"/>
Nódulos linfáticos	Dissección axilar <input type="radio"/>	Ganglio centinela <input type="radio"/>	Ninguna <input type="radio"/>
Muestra de biopsia	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
Reconstrucción Mamaria	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
Quimioterapia	SI <input type="radio"/>	Fecha de la última	NO <input type="radio"/>
Radioterapia	SI <input type="radio"/>	Fecha de la última	NO <input type="radio"/>
T. Hormonal	SI <input type="radio"/>	Fecha de la última	NO <input type="radio"/>
Etapa de la enfermedad	Curativa <input type="radio"/>	Paliativa <input type="radio"/>	
Otra enfermedad			
Mano dominante	Derecha <input type="radio"/>	Izquierda <input type="radio"/>	
¿Se le hincha el brazo?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
¿Consumo pastillas para dormir o estar tranquila?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
¿Cómo es su situación económica?	<input type="radio"/> Buena (satisface sus necesidades económicas)		
	<input type="radio"/> Regular (satisface parcialmente sus necesidades)		
	<input type="radio"/> Mala (no alcanza a satisfacer sus necesidades)		

Anexo 5

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL AUTOCUIDADO

ASPECTO BIOFÍSICO

A. HIGIENE

1. **¿Por qué es importante la higiene en una mujer mastectomizada?**
 - a. Una buena higiene y el cuidado esmerado, puede reducir el riesgo de complicaciones y/o infecciones.
 - b. La higiene solo es importante para mantenerse limpia.
 - c. Ninguna de las anteriores.
2. **¿Qué elementos de aseo debe utilizar una mujer mastectomizada?**
 - a. Jabón neutro, champú ligero a base de proteínas, evitar el uso de desodorante.
 - b. Se puede usar todo tipo de utensilios según preferencia personal.
 - c. No lo sé.

B. VESTIMENTA

3. **En relación a su vestimenta ¿Qué debe tener en cuenta una mujer mastectomizada?**
 - a. Usar prendas de algodón y no ajustadas, utilizar brazier preferiblemente sin aros y de tirantes anchos (tipo deportivo).
 - b. Se puede usar cualquier prenda sin importar el material, según preferencia.
 - c. No lo sé.
4. **En relación a sus accesorios ¿Qué debe tener en cuenta una mujer mastectomizada?**
 - a. Puede usarse pulseras y anillos no apretados sin ningún problema.
 - b. Evitar sortijas, pulseras en el brazo afectado, no llevar la cartera en el brazo afectado.
 - c. No lo sé.

C. ALIMENTACIÓN

5. ¿Qué alimentos debe consumir una mujer mastectomizada?

- a. Consumir frutas y verduras frescas por lo menos cinco al día, aumentareel consumo de proteínas (carnes, pescado, lácteos, huevos) y beber por lo menos dos litros de agua diarios.
- b. Consumir una dieta rica en grasas y alimentos que contengan conservantes.
- c. No lo sé.

6. ¿Qué alimentos debe evitar consumir una mujer mastectomizada?

- a. Alimentos ricos en grasas, sal, café.
- b. Puede consumir cualquier tipo de alimentos sin restricciones.
- c. No lo sé.

D. CONTROLES MÉDICOS

7. ¿Por qué son importantes los controles médicos en una paciente mastectomizada?

- a. Ayudan a prevenir y/o tratar las infecciones o complicaciones y tener un control integral (aspecto psicológico, social y emocional) de la paciente y a controlar la enfermedad.
- b. Los controles son importantes para tratar sólo las enfermedades.
- c. No lo sé.

8. ¿Cuándo asiste usted a sus controles médicos?

- a. De acuerdo a lo indicado por mi médico tratante, sin postergar. ninguna cita y cuando me siento enferma.
- b. Una vez al año y cuando me estoy enferma.
- c. No lo sé.

9. ¿Cuáles son las complicaciones después de una mastectomía?

- a. Linfedema (inflamación del brazo de la zona donde se ha realizado la mastectomía) y Seroma (Acumulación de líquido en la herida).
- b. No existen complicaciones.
- c. No lo sé.

10. ¿Por qué se dan las complicaciones en relación a la mastectomía?

- a. Porque se realiza trabajos forzados con el brazo afectado
- b. Aparecen sin explicación
- c. No lo sé.

11. ¿Cuáles son las recomendaciones para evitar posibles complicaciones en el brazo afectado?

- a. No coger peso y evitar la tensión en esa extremidad, en los trabajos caseros, usar guantes de goma, tener precaución con el calor de la plancha y cocina, tener cuidado con los utensilios cortantes o punzantes.
- b. Puedo realizar todas las tareas del hogar sin ningún problema.
- c. No lo sé.

12. En relación a los cuidados de su brazo como norma médica ¿Qué recomendaciones debe tener en cuenta una mujer mastectomizada?

- a. Puede colocarse inyecciones o vacunas en el brazo afectado sin ningún problema.
- b. Evitar extracciones de sangre, toma de presión arterial y canalización de vías en el brazo del mismo lado de la operación.
- c. No lo sé.

E. TRATAMIENTO

13. ¿Cuáles son los tratamientos después de la mastectomía?

- a. Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia.
- b. Fitoterapia, Trofoterapia.
- c. No lo sé.

14. ¿Cuáles son los principales efectos secundarios en la radioterapia?

- a. En el área de la mama la piel puede presentar lesiones leves como: enrojecimientos, ardor e inflamación.
- b. Dolor y molestias estomacales.
- c. No lo sé.

- 15. ¿Cuáles son los principales efectos secundarios en la hormonoterapia?**
- a. Diarrea, sequedad de la piel.
 - b. Sofocos, sudoración, nerviosismo.
 - c. No lo sé.
- 16. ¿Cuáles son los principales efectos secundarios en la quimioterapia?**
- a. Náuseas, vómitos, pérdida de apetito, pérdida de cabello, diarrea, cansancio, estreñimiento, llagas en la boca e inmunosupresión.
 - b. Hinchazón de pies y dolor de cabeza.
 - c. No lo sé.
- 17. ¿Qué debe hacer una mujer mastectomizada en sus ciclos de quimioterapia ante las náuseas y vómitos?**
- a. Comer una hora después de la quimioterapia lento y en pequeñas cantidades, beba agua, y si los vómitos persisten por más de 24 horas debe asistir al hospital.
 - b. Consumir alimentos ricos en grasa, beber poca agua.
 - c. No lo sé.
- 18. ¿Qué debe hacer una mujer mastectomizada ante las diarreas?**
- a. Beber abundante y sopas para evitar la deshidratación, y si persisten las diarreas acudir al hospital.
 - b. Dejar de comer alimentos y beber sólo agua hasta que se pase la diarrea.
 - c. No lo sé.
- 19. ¿Qué debe hacer una mujer mastectomizada en sus ciclos de quimioterapia ante la falta de apetito?**
- a. Comer cuando tenga apetito y no esperar a la hora tradicional, pasear o hacer ejercicio antes de las comidas para estimular el apetito, siempre tener a la mano un alimento para “picar”.
 - b. Dejar de comer hasta que me vuelva el apetito.
 - c. No lo sé.

20. ¿Qué debe hacer una mujer mastectomizada en sus ciclos de quimioterapia si presenta estreñimiento?

- a. Dieta con abundantes residuos (fibras), beber mucho líquido (2 – 3 L/día) agua, zumos, refrescos, etc. Evitar alimentos difíciles de digerir, dar caminatas diarias.
- b. Tomar laxantes sin indicación médica.
- c. No lo sé.

21. ¿Qué debe hacer una mujer mastectomizada en sus ciclos de quimioterapia si presenta llagas en la boca (estomatitis)?

- a. Intente seguir una dieta blanda, con alimentos en forma de puré o líquidos con el fin de reducir la masticación, evitar alimentos cítricos y tomate.
- b. Usar cepillos duros y acudir al dentista.
- c. No lo sé.

22. Durante los ciclos de quimioterapia disminuyen las defensas del organismo ¿Qué precauciones debe tener en cuenta una mujer mastectomizada?

- a. Evitar el contacto con personas que tengan alguna infección (gripe, varicela), evitar el contacto con adultos o niños que hayan recibido vacunas (gripe, polio, rubéola, sarampión) evitar lesiones en la piel.
- b. No se produce ninguna baja de defensas, Se puede estar en contacto con cualquier persona enferma.
- c. No lo sé.

F. EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN

23. ¿Por qué cree que es importante realizar ejercicios de rehabilitación?

- a. Para recuperar la movilidad del brazo afectado y la prevención en la aparición del linfedema.
- b. Son importantes para mantenerse en forma.
- c. No lo sé.

G. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- 24. ¿Por qué una mujer mastectomizada debe evitar picaduras de insectos, arañazos de gato o cualquier otra herida en la zona afectada?**
- a. Porque así evitará heridas que puedan provocar infección.
 - b. Para no tener molestias.
 - c. No lo sé.
- 25. ¿Qué actividades de trabajo debe evitar una mujer mastectomizada?**
- a. Planchar, cocinar, evitar el agua muy caliente o muy fría para lavar.
 - b. Se puede realizar trabajos que demanden esfuerzo normalmente.
 - c. No lo sé.

ASPECTO SOCIO – EMOCIONAL

A. RELACIONES INTERPERSONALES

- 26. ¿Qué debe hacer una mujer mastectomizada para mantener sus relaciones sociales adecuadas?**
- a. Es muy importante hablar de las preocupaciones y sentimientos de una manera sincera, sus relaciones sociales no deben verse afectadas.
 - b. Tratar de relacionarse lo menos posible.
 - c. No lo sé.

B. APOYO PSICOLÓGICO

- 27. ¿Por qué son importantes los controles psicológicos?**
- a. Ayuda a afrontar los problemas psicológicos (ansiedad, depresión, etc.) producidos tras la intervención quirúrgica y a mejorar la comunicación de sus emociones con la familia.
 - b. Sólo es importante para las personas con problemas de personalidad.
 - c. No lo sé.

C. INTEGRACIÓN A GRUPOS SOCIALES

28. ¿Cuáles son los beneficios de la terapia de grupo?

- a.** Ofrece apoyo emocional, porque se comparte experiencias con personas que padecen la misma enfermedad.
- b.** Para socializar y conocer nuevas personas.
- c.** No hay beneficios, es una pérdida de tiempo.

TOTAL

Anexo 6

CUESTIONARIO SF – 36 V.2

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, escriba la mejor respuesta posible. No deje preguntas sin responder.

1. En general, diría Ud. que su salud es:

1 Excelente	2 Muy buena	3 Buena	4 Regular	5 Mala
-------------	-------------	---------	-----------	--------

2. Comparando su salud con la de un año atrás, ¿Cómo diría Ud. que en general, está su salud ahora?

1 Mucho mejor	2 Algo mejor	3 Igual	4 Algo peor	5 Mucho Peor
---------------	--------------	---------	-------------	--------------

Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita? Marque a lo que corresponda.

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3. Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.	1	2	3
4. Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de una hora.	1	2	3
5. Levantar o llevar la bolsa de las compras.	1	2	3
6. Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3
7. Subir un solo piso por la escalera.	1	2	3
8. Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	1	2	3
9. Caminar más de 1 Km.	1	2	3
10. Caminar varias manzanas.	1	2	3
11. Caminar una sola manzana.	1	2	3
12. Bañarse o vestirse por sí mismo.	1	2	3

Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de su salud física?

ACTIVIDADES	SI	NO
13. Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad	1	2
14. Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.	1	2
15. Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.	1	2
16. Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.	1	2

Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales (sentirse deprimido, triste o nervioso)?

ACTIVIDADES	SI	NO
17. Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.	1	2
18. Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.	1	2
19. Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.	1	2

20. Durante el último mes, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

1 Nada	2 Un poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho
--------	-----------	-----------	------------	---------

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último mes?

1 Ninguno	2 Muy poco	3 Poco	4 Moderado	5 Mucho	6 Muchísimo
-----------	------------	--------	------------	---------	-------------

22. Durante el último mes ¿Hasta qué punto el dolor ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

1 Nada	2 Un poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho
--------	-----------	-----------	------------	---------

Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. Cuanto tiempo durante el último mes:

ACTIVIDADES	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
23. ¿Se sintió llena de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Estuvo muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Estuvo muy decaída, que nada la animaba?	1	2	3	4	5	6
26. ¿Se sintió calmada y tranquila?	1	2	3	4	5	6
27. ¿Se sintió con mucha energía?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Se sintió desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
29. ¿Se sintió agotada?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	
31. ¿Se sintió cansada?	1	2	3	4		

32. Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, como por ejemplo; visitar amigos o familiares?

1 Siempre	2 Casi siempre	3 Algunas veces	4 Sólo alguna vez	5 Nunca
-----------	----------------	-----------------	-------------------	---------

Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

ACTIVIDADES	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
33. Me enfermo con más facilidad que otras personas.	1	2	3	4	5
34. Estoy tan saludable como cualquier persona.	1	2	3	4	5
35. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
36. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5