



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**TESIS**

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON  
MASTECTOMÍA, DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS  
MERCEDES CHICLAYO 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**Autoras**

Bach. Díaz Vásquez Claudia Fiorella.  
Bach. Pacherres Ochoa Claudia Elizabeth

Pimentel Octubre –2016

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MASTECTOMÍA, DEL SERVICIO DE  
CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES  
CHICLAYO 2016**

Aprobación del informe de investigación

---

Lic. Castro Limo Lidia Mariela  
Presidente del jurado de tesis

---

Lic. Pérez López Haydee  
Secretaria del jurado de tesis

---

Mg. Lora Vargas Susana María del Pilar  
Vocal del jurado de tesis

## **Dedicatoria**

A Dios. Por darnos fuerza y voluntad para poder seguir por el camino del bien, ayudándonos siempre a vencer cualquier obstáculo y poder salir adelante en nuestra vida profesional y personal.

A nuestros padres. Por su apoyo incondicional y por estar presentes en todos los momentos de nuestras vidas, por sus consejos, sus valores, siendo ellos el motivo de nuestra superación y constancia en el camino de estudiantes, y ahora como profesionales, pero más que nada, por su amor infinito.

**Las autoras.**

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por darnos la vida,  
Por ser tan bueno y generoso  
Por estar presente en todos los momentos  
Felices y difíciles ayudándonos a salir siempre adelante.

A nuestros padres por el gran esfuerzo,  
Sacrificio y lucha para poder llegar a cumplir nuestra meta  
y poder así ser unas excelentes profesionales.

*Un agradecimiento especial a nuestro tío Estuardo Fernández Pantoja, y  
Kleider Hakel Díaz Vásquez, por su apoyo incondicional, con el que hemos  
llegado hasta donde estamos ahora.*

*A los miembros del jurado,  
Por brindarnos sus aportaciones  
A la presente investigación.*

*A la Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen  
Por la asesoría brindada para la realización correcta  
De esta investigación, por su comprensión  
Y amistad en todo momento.*

*Finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad Señor  
de Sipán, la cual nos abrió sus puertas, preparándonos para un futuro  
competitivo y formándonos como personas de bien.*

**Las autoras.**

## Índice

RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1 Situación problemática.....	12
1.2 Formulación del problema .....	14
1.3 Delimitación de la investigación .....	14
1.4 Justificación e importancia .....	14
1.5 Limitaciones de la investigación .....	15
1.6 Objetivos.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos .....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Antecedentes de los estudios.....	17
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.2 Antecedentes Nacionales .....	19
2.1.3 Antecedentes Locales.....	22
2.2. Bases teórico científicas.....	24
2.2.1 Concepto de calidad de vida (cv).....	24
2.2.2. Conceptos de calidad de vida relacionada con la salud.....	26
2.2.3. Dimensiones de la calidad de vida:.....	28
2.2.4. Características de la calidad de vida.....	29
2.2.5. Medida de la calidad de vida.....	30
2.2.6 Cáncer de mama.....	31
2.2.7 Tipos de cáncer de mama.....	31
2.2.8 Etiología del cáncer de mama.....	32
2.2.9 Etapas del cáncer mamario .....	32
2.2.10 Tratamientos del cáncer de mama.....	33
2.2.11 Signos y síntomas.....	34
2.2.12 Ansiedad y depresión.....	34

2.2.13 Imagen corporal .....	35
2.2.14 La sexualidad .....	35
2.2.15 Mastectomía .....	36
2.2.16 Complicaciones de la mastectomía.....	36
2.2.17 La teoría de autocuidado dorothea orem .....	37
2. 3. Definición de términos básicos.....	41
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	42
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1.1. Tipo de investigación .....	42
3.1.2. Diseño de la investigación .....	43
3.2. Población y muestra .....	43
3.3. Variables .....	43
3.4. Operacionalización.....	44
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.5.1. Técnicas de recolección de datos.....	45
3.5.2. Instrumentos de recolección de datos.....	46
3.6. Plan de análisis estadístico de datos .....	47
3.7. Criterios éticos.....	47
3.8. Criterios de selección .....	48
3.9. Criterios de rigor científico.....	49
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	50
4.1. Resultados en tablas y gráficos.....	50
4.2. Discusión de resultados .....	59
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	62
6.1 Conclusiones.....	62
6.2 Recomendaciones.....	62
Bibliografía .....	
ANEXOS .....	

## Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. CONCEPTUALIZACION DE CALIDAD DE VIDA .....	28
---	----

## Índice de Tablas

Tabla 1. Salud en General .....	50
Tabla 2. Función Física .....	51
Tabla 3. Rol Físico .....	52
Tabla 4. Rol Emocional .....	53
Tabla 5. Dolor Corporal .....	54
Tabla 6. Vitalidad.....	55
Tabla 7. Función Social.....	56
Tabla 8. Salud Mental .....	57
Tabla 9. INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	58

## Índice de Figuras

Figura 1. Salud en General .....	50
Figura 2. Función Física.....	51
Figura 3. Rol Físico .....	52
Figura 4. Rol Emocional .....	53
Figura 5. Dolor Corporal.....	54
Figura 6. Vitalidad .....	55
Figura 7. Función Social.....	56
Figura 8. Salud Mental .....	57

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como Objetivo general: “Determinar la calidad de vida en mujeres con mastectomía”, y como objetivos específicos determinar cada dimensión de calidad de vida afectadas las cuales fueron: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Se realizó con la participación de 50 mujeres con mastectomía, en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes. Tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, la técnica de recolección utilizada fue la encuesta, el instrumento cuestionario SF 36. Como parte de postura ética, moral y legal, se utilizó el consentimiento informado; confidencialidad y credibilidad de la investigación, donde obtuvimos los siguientes Resultados: la dimensión de salud general el 43.1% tiene como resultado salud regular; en la dimensión de función física el 66.7% Sí, se limitan un poco; en la dimensión de rol físico el 54.9% solo algunas vez tuvieron que reducir el tiempo dedicado al Trabajo/problemas emocionales; en la dimensión de rol emocional el 49% muy poco salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades; la dimensión de dolor corporal, el 49% durante las 4 últimas semanas, tuvo un poco de dolor le ha dificultado su trabajo habitual; la dimensión de vitalidad el 76.5% se sintió cansado algunas veces; dimensión función social el 47.1% solo alguna vez su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales o familiares; dimensión salud mental el 56.9% no sabe si su salud va a empeorar. Por lo cual se concluyó que su calidad de vida fue regular.

**Palabras clave:** Calidad de vida, cáncer de mama, mastectomía, salud.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the quality of life in women with mastectomy, the specific objectives identified in that dimension affected the quality of life which were: physical function, physical role, bodily pain, general health, vitality, social function, emotional role and mental health. It was conducted with the participation of 50 women with mastectomy, in the surgery department of the Mercedes Regional Teaching Hospital. **Materials and methods:** quantitative approach, descriptive, the collection technique used was the survey, the questionnaire instrument SF 36. As part of ethical, moral and legal stance, informed consent was used; confidentiality and credibility of research. **Results:** the dimension of general health 43.1% results in regular health; in the dimension of physical function 66.7% Yes, somewhat limited; in the dimension of physical role only 54.9% some time had to reduce the time spent at work / emotional problems; in the role emotional dimension of 49% very little physical health or emotional problems interfered with their activities; the dimension of bodily pain, 49% during the last 4 weeks, had a bit of pain has hindered their normal routine; the dimension of vitality 76.5% felt tired sometimes; social dimension function only 47.1% once your physical health or emotional problems interfered with her social activities or family; Mental health dimension 56.9% do not know whether your health will worsen. Therefore it was concluded that their quality of life was fair.

Keywords:

Quality of life, breast cancer, mastectomy, health

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el segundo cáncer con mayor prevalencia en el mundo y el más frecuente en las mujeres: 1,67 millones de nuevos casos en el 2012. Las tasas de incidencia varían desde 27 por 100.000 en el África central y Asia oriental y 96 por 100.000 en Europa Occidental. (1,2) En el Perú, es el segundo cáncer más frecuente en mujeres. En Lima y Callao, en el 2012, ocupó el primer lugar y aproximadamente una de cada 29 mujeres menores o iguales a 70 años padece este tipo de cáncer, teniendo una tasa de incidencia de 18.9 por cada cien mil habitantes. (3)

La calidad de vida es la percepción que tiene el paciente en las circunstancias en que se encuentre, los valores que se desarrolle, la satisfacción a sus necesidades, y bienestar; los riesgos a que se somete su salud física y mental, los que se verán afectados por la enfermedad y el tratamiento del cáncer al que son sometidas, siendo importante la manera en que los pacientes afrontan esta situación, que dependerá de la resolución de sus problemas, sus expectativas, su estado emocional, de su entorno para poder compensar cualquier tipo de daño percibido.(3)

Esta calidad de vida tendrá una respuesta generada ante una situación para el paciente. El presente estudio trata sobre la calidad de vida en mujeres con mastectomía y la forma en cómo afrontan su enfermedad y tratamiento del cáncer.(3)

En nuestra región son escasos los estudios dedicados a medir “calidad de vida” en este grupo de pacientes a pesar de contar con un gran número de sobrevivientes a cáncer de mama, y que se encuentran en controles pos tratamiento primario (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia). (3)

Es por ello que nos motivó realizar este estudio, puesto que al tratar con pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, fue una experiencia muy buena donde aprendimos mucho sobre ellas y nos incentivó a investigar más sobre este tema para poder dar respuesta a muchas dudas e incertidumbre que ellas manifiestan, nuestro objetivo general fue "Determinar la calidad de vida de las mujeres con mastectomía del Hospital Regional Docente las Mercedes", con la finalidad de identificar que dimensiones de la calidad de vida se ven más afectadas, y de esta manera fortalecer sus conocimientos y estado anímico de las pacientes, tanto en la parte emocional, y física que juegan un rol muy importante en la recuperación y mejorar sus perspectivas de vida en este tipo de pacientes para asegurar un bienestar general tanto para ellas como su familia brindándoles siempre un cuidado holístico y humanizado.

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Situación problemática**

El cáncer de mama constituye 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. Aunque su pronóstico ha mejorado notablemente en los últimos años y la supervivencia actualmente es elevada, el propio proceso y los tratamientos que se aplican tienen importantes repercusiones personales y familiares. El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad produce una gran incertidumbre y sentimientos de falta de control sobre su vida y su calidad de vida por parte de las mujeres afectadas. Es frecuente encontrar soledad, miedo, temor y falta de recursos frente a una situación nueva y traumática (4,5)

La calidad de vida de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. (6)

Por otro lado, algunos estudios concluyen que son insuficientes los esfuerzos dedicados a mejorar la calidad de vida (CV) de las mujeres con cáncer de mama, tras una mastectomía (7)

En el 2012 América Latina y el Caribe, el 27% de los nuevos casos de cáncer y el 15% de las muertes por cáncer son debidos al cáncer de mama. En Norte América, el 30% de los nuevos casos y el 15% de las muertes por cáncer en las mujeres son consecuencia del cáncer de mama (8)

De acuerdo a predicciones basadas en el crecimiento poblacional, se estima que en el año 2030 se presentarán más de 596.000 nuevos casos y más de 142.100 muertes por cáncer de mama. El incremento en número de nuevos casos y muertes será casi el doble en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América. (8)

Un promedio de 4 mil 500 casos nuevos de cáncer de mama son diagnosticados anualmente en el Perú; y de ese total, alrededor de mil 500 mujeres fallecen como consecuencia de dicha enfermedad, manifestó la jefa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (9)

Se estima que el cáncer de mama produce en el país una pérdida anual de 26 644 años de vida saludables, con una media de edad al diagnóstico de 54 años y una media de edad a de fallecimiento por esta enfermedad de 58,4 años (10)

El Perú presenta una alta frecuencia de cáncer de mama en la población joven, donde el 42% son premenopáusicas mayores a 35 años, el 8,2% son mujeres premenopáusicas menores de 35 años, y el 51% son mujeres postmenopáusicas (10), mientras que los datos del IREN Norte muestran una distribución de edades del 1.1% para mujeres entre 20–29 años, 10.6%, entre 30–39 años, 26% para mujeres entre 40–49 años (11)

En Lambayeque, en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), el cáncer de mama tiene una prevalencia de 14, 57% y ocupa el primer lugar con una incidencia de 13,61 % en el periodo 2007- 2012 (12)

En los últimos años se ha estudiado la experiencia de las pacientes supervivientes; sin embargo, hay pocos estudios que hagan referencia a la calidad de vida durante el periodo de transición entre el final del tratamiento primario y el periodo de supervivencia, que coincide con el momento en que las pacientes han de pasar de estar enfermas por cáncer a intentar retomar su vida normal (13) adaptando sus vidas a las secuelas del tratamiento; ello puede afectar el funcionamiento diario y por lo tanto, disminuir la “calidad de vida” vinculada con su salud (14), (15)

Las mujeres con mastectomía atendidas en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes, manifiestan que su calidad de vida se ve afectada en su autoestima, bienestar y satisfacción; experimentando cambios físicos, que las sumergen en una profunda depresión, y distorsión en su sexualidad e imagen corporal.

Al escuchar sus experiencias después de su mastectomía, nos enfocamos en la calidad de vida, puesto que es diferente en cada mujer y esto dependió de su contexto social y cultural, realizamos este estudio para poder determinar qué dimensiones de la calidad de vida se encuentran más afectadas, de esta forma como profesionales de enfermería, podremos ayudarlas a sobrellevar su recuperación y estado emocional, esperando que sea este un aporte a los profesionales de la salud, con énfasis en la profesión de enfermería, debido a que son los profesionales que mantienen mayor interacción con los pacientes .

## **2.1 Formulación del problema**

¿Cuál es la Calidad de vida en mujeres con mastectomía, en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016?

## **2.1 Delimitación de la investigación**

Nuestra investigación se realizó en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes, donde estudiamos la calidad de vida en mujeres con mastectomía. Esta investigación tuvo duración de un año, culminando en noviembre del 2016.

## **1.4 Justificación e importancia**

El estudio se justificó, porque el hecho que una mujer padezca de cáncer o muera por esta razón, fija un impacto a nivel social, debido a que la mujer constituye el motor y el amor familiar. Determinar su calidad de vida nos puso en alerta sobre sus afecciones, por esta razón el obtuvimos información sobre su calidad de vida, fue de gran importancia, puesto que ellas desempeñan diferentes roles en su ámbito de vida, las cuales se pueden ver debilitados y limitados en sus aportes sociales.

Determinar la calidad de vida en nuestra investigación, brinda un nuevo enriquecimiento al equipo de salud, en especial a los profesionales de enfermería, así se podrá brindar atención integral al paciente, de manera eficiente y novedosa, donde las intervenciones de enfermería deben tener soporte científico y los resultados transformen la práctica profesional, para mejorar la de calidad de vida de las mujeres con mastectomía; se debe enfocar

esta atención principalmente en las dimensiones más afectadas, ayudándolas a lidiar con enfermedad, y lograr su bienestar general.

Por lo tanto el presente estudio fue de gran importancia para el profesional de Enfermería, debido que la esencia de su función es brindar un cuidado holístico, mejorando la calidad de vida de nuestra población de estudio, fortaleciendo su autoestima, mediante el uso de mecanismos de adaptación, previa identificación de sus sentimientos, dudas y temores; de esta manera la paciente con mastectomía acepta los resultados del tratamiento como parte de su proceso de recuperación y/o rehabilitación, aliviando los efectos de la cirugía, para lograr su mejoría.

Los beneficiados de este estudio son principalmente las pacientes con mastectomía, el departamento de enfermería y el equipo multidisciplinaria, los resultados nos ayudaron a implementar agregados en la atención asistencial, de esta manera ayudamos a promover mejores resultados en los cuidados de las pacientes con mastectomía atendidas en el servicio de Cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo y en cada empresa prestadora de salud con pacientes mastectomizadas. Es por ello que se busca una proyección a futuro, orientada a crear obligación moral para impulsar la investigación en el cuidado de las pacientes y lograr su bienestar general.

### **1.5 Limitaciones de la investigación**

Durante nuestra investigación tuvimos muchas dificultades y obstáculos desde el inicio, debido las directivas y el comité de investigación del lugar donde íbamos a ejecutar nuestra investigación, por tal razón cambiamos el escenario donde nos facilitaron el acceso para recolectar los datos y lograr de esta manera concluir nuestra tesis.

### **1.6 Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar la calidad de vida en mujeres con mastectomía, del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo 2016.

### **Objetivos específicos**

- a) Evaluar la función física en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.
- b) Identificar el rol físico en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.
- c) Evaluar el rol corporal en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.
- d) Identificar la salud general en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.
- e) Evaluar la vitalidad en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.
- f) Identificar la función social en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.
- g) Evaluar la rol emocional en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.
- h) Identificar la salud mental en las mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2016.



## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de los estudios:

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

**Mejía, M** (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía*. Colombia

Metodología: Estudio analítico, observacional, no experimental, correlacional, que analizó la relación entre incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal con los instrumentos; (incertidumbre frente a la enfermedad Mishel 1988, calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer QOL Betty Ferrell 1995, y escala de imagen corporal de Hopwood 1983), en 76 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía; con cirugía reconstructiva 37 y sin cirugía reconstructiva 39, de Cali Colombia en el 2011.

Resultado: Se encontró correlación negativa entre incertidumbre y calidad de vida en el grupo de mujeres reconstruidas, a su vez hay una correlación directa baja entre imagen corporal y calidad de vida, afectando solamente el bienestar físico y social.

Para el grupo de mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, se evidencia una correlación negativa en cuanto a incertidumbre y calidad de vida, es decir, a mayor incertidumbre menor su calidad de vida. En las dimensiones de calidad de vida, el bienestar físico, psicológico y social se vio alterado convirtiéndose en un problema severo y por lo tanto afectado notoriamente su imagen corporal.

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. (14)

**Mera, P** (2012), *La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de mama*. Chile

Metodología: En el presente estudio se indagó la relación entre calidad de vida (CV) de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento. Veinticinco mujeres con cáncer de mama respondieron una serie de instrumentos: WHOQOL- BREF, LOT-R, CSI y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. Se encontraron correlaciones entre cada una de las variables independientes (optimismo y estrategias de afrontamiento) con CV, y entre las variables independientes.

Resultado: Un análisis de regresión múltiple mostró que la variable que mejor predice la CV es el afrontamiento, específicamente dos estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autocrítica, que en conjunto explican un 50.7% de la varianza de la CV. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de estos resultados en el desarrollo de intervenciones multidisciplinarias, así como también las limitaciones de este estudio y sugerencias de futuras líneas de investigación. (15)

**Royo, A** (2011). *“Calidad de vida en pacientes intervenidas con Cáncer de mama”*. España

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, en el que una cohorte de pacientes intervenidas de cáncer de mama fue seguida durante un año para valorar su “calidad de vida” ligada con su salud (CVRS). El objetivo principal fue analizar las relaciones entre el tipo intervención (cirugía conservadora vs radical) y las puntuaciones de CVRS al año, mediante escalas específicas.

El resultado demostró que la cirugía conservadora ofreció mejores actividades diarias, mejor funcionamiento físico, emocional y social, menos fatiga, dolor, insomnio o impacto económico. Adicionalmente las pacientes intervenidas de forma conservadora presentaron una mejor imagen corporal, menos molestia en

el brazo y menos efectos secundarios del tratamiento sistémico, pero a expensas de presentar mayores preocupaciones por el futuro y más síntomas locales en la mama intervenida que aquellas pacientes intervenidas en forma radical. (16)

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**Guerrero, M** (2015). *“Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión bibliográfica. Perú”*

Metodología: El Objetivo del presente trabajo fue analizar y describir la influencia del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama sobre la calidad de vida de las mujeres que presentan esta patología.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa que sintetiza la información de los estudios originales acerca del tema. La búsqueda se ha realizado tanto en bases de datos electrónicas nacionales como internacionales, además se han consultado páginas web especializadas en cáncer de mama y sitios web oficiales con el fin de obtener información y datos estadísticos sobre las pacientes afectadas por esta enfermedad. Se han establecido criterios de inclusión y de calidad para seleccionar los artículos que serían utilizados y los que serían eliminados.

Resultados: El cáncer de mama produce una gran cantidad de cambios (físicos, psicológicos, emocionales, sexuales, financieros, etc.) en la paciente y dichos cambios afectan a la calidad de vida. En general, la calidad de vida de las pacientes empeora. En función de la personalidad de la paciente, de la cultura, de la localización geográfica, de la edad, del estadio del tumor, del tipo de tratamiento, etc., los cambios que se producen varían mucho, por lo que se demuestra la importancia de evaluar a las mujeres en todos sus aspectos. Hay que resaltar que existe escasa literatura con evidencia científica sobre el papel de enfermería en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, sin embargo se ha observado que la atención enfermera produce un impacto positivo en la calidad de vida de la mayoría de las pacientes. (17)

**Espil, M** (2014), *Calidad de vida en las pacientes mastectomizadas, atendidas en el Hospital EsSalud Víctor Lazarte Echeagaray. Perú*

Metodología: El objetivo principal fue determinar la calidad de vida en 60 pacientes mastectomizadas (mastectomía radical modificada tipo Madden) por cáncer de mama con o sin tratamiento coadyuvante, que se encontraron libres de enfermedad activa y que acudieron a su control en el consultorio externo de cirugía oncológica del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray en Enero del 2014 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

El estudio correspondió a un diseño observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se entrevistó a 60 mujeres mastectomizadas de las cuales, 14 no recibieron adyuvancia, las restantes mastectomizadas recibieron adyuvancia con: 23 quimioterapia, 21 quimioterapia y radioterapia y 2 radioterapia.

El resultado arroja que en las pacientes mastectomizadas, sin tratamiento adyuvante la calidad de vida en salud es buena, incluyendo sus componentes sumarios físico y mental. En las pacientes mastectomizadas, que recibieron quimioterapia la calidad de vida en salud fue mala, incluyendo sus componentes sumarios físico y mental. En las pacientes mastectomizadas, que recibieron radioterapia la calidad de vida en salud fue mala, incluyendo sus componentes sumarios físico y mental. En las pacientes mastectomizadas, que recibieron radioterapia y quimioterapia, la calidad de vida en salud fue baja, donde el componente sumario físico alcanzó buena calidad de vida y el componente mental mala calidad de vida. En las pacientes mastectomizadas con o sin tratamiento coadyuvante tuvieron una calidad de vida global mala donde el componente sumario físico alcanzó buena calidad de vida y la componente mental mala calidad de vida. (18)

**Becerra, I; Otero, S, (2013).** *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama.* Perú

Metodología: El objetivo principal de esta investigación fue conocer la relación existente entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, y el bienestar psicológico en una muestra de 46 pacientes con cáncer de mama, con un tiempo de diagnóstico no menor a seis meses, en estadio clínico del I a III, que asisten a una clínica oncológica privada de la ciudad de Lima. Para ello, se empleó el inventario de estimación del afrontamiento *COPE* (Carver, Scheier y Weintraub,

1989) y la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff (1989). Entre los resultados más importantes se hallan relaciones significativas e inversas entre el bienestar psicológico global y el estilo evitativo ( $r=-.34$ ,  $p<.05$ ); y entre la estrategia, liberación de emociones y las dimensiones del bienestar psicológico: autonomía ( $r=-.44$ ,  $p<.01$ ), dominio del entorno ( $r=-.46$ ,  $p<.01$ ) y auto aceptación ( $r=-.30$ ,  $p<.01$ ).

Los resultados del estudio dan cuenta de una relación relevante entre los constructos investigados, lo que contribuye al conocimiento del bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama y podría orientar la intervención psicológica promoviendo las estrategias de afrontamiento que más lo favorezcan. (19)

**Alberca, C** (2011) *Calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen*. Perú

Metodología: El enfoque del estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 150 pacientes con diversos diagnósticos de cáncer en el consultorio externo de Quimioterapia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, siendo la técnica de muestreo aleatorio simple, bajo ciertos criterios de exclusión e inclusión. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario planteada por la European Organization for Research and Treatment of Cancer y de Monorey y Greer, previo consentimiento informado del paciente.

El Comité de Ética de la Institución realizó la evaluación de este estudio. Los resultados fueron procesados y analizados por métodos estadísticos.

Resultados: Se observó que el mayor porcentaje, 70% percibieron su calidad de vida no saludable del cual tuvieron un nivel de afrontamiento inadecuado, 38% y el menor porcentaje, 30% su calidad de vida fue saludable, manifestaron tener un afrontamiento adecuado, 24%.

Conclusiones: La calidad de vida está correlacionado con el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer, con significancia

estadística, valor de chi cuadrado= 15.028 significancia alta. El mayor porcentaje de los pacientes reportaron tener frecuente o siempre afectada la dimensión emocional. En lo que respecta la escala de síntomas el dolor predominó en un 58% durante el tratamiento. En cuanto a la escala global se observó que el mayor porcentaje 76%, percibieron su condición física general y su calidad de vida de muy mala a regular.

El afrontamiento que más se observó en los pacientes oncológicos fue sentir desamparo/desesperanza, y ponían en práctica a veces su espíritu de lucha, que a pesar de las circunstancias en que se encontraron, los pacientes, las utilizan de forma alternativa.

En cuanto a la correlación de variables el mayor porcentaje percibió su calidad de vida no saludable con un afrontamiento inadecuado. (20)

### **2.1.3 Antecedentes Locales**

**Palacios, M,** (2014). *Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque. Perú*

Metodología: Estudio transversal, descriptivo; muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recogieron datos epidemiológicos y se empleó el Cuestionario SF36 v2 versión española. Se usó T de Student, test de ANOVA, la U de Mann-Whitney y Kruskal – Wallis para comparar las medias de calidad de vida entre los grupos.

Resultados: Se realizaron 100 entrevistas; el 100% de participantes tuvieron buena calidad de vida.

La edad promedio fue de 56,2 +/- 10,6; 28% fueron menores de 50 años, 24% tenían entre 51-56 años, 19% entre 57-64 años y 29% eran mayores de 65 años. 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 hallaron diferencias en la “calidad de vida” de acuerdo al tipo de terapia adyuvante, tipo de mastectomía y año de cirugía. Se concluye que 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. (21)

**Asencio, A** (2013). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo*. Perú

Metodología: La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existe asociación entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo. El tipo de investigación es correlacional por asociación. Para su realización, se evaluó a 70 pacientes entre 25 y 60 años de edad, a quienes se les aplicó instrumentos para la recolección de datos como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE; de los cuales se estableció la confiabilidad, validez y baremación.

Resultados: Finalmente, se llegó a la conclusión que existe asociación altamente significativa entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo. (22)

**Soto-Cáceres, R; Soto-Cáceres, V** (2012) *Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga*. Perú

El Objetivo 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. Para ello se realizó un estudio analítico con 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.

Los Resultados nos demuestra la calidad de vida global valorada por el cuestionario QLQ-C30 de parte de los casos fue de 77.4 + 14.7 puntos muy semejante al de los controles 81.2+14.5 puntos, sin diferencia significativa ( $p < 0.745$ ), por otro lado la percepción de estado de salud general es de 76.7+ 15.7 puntos en los casos y de 79.3+15.1 puntos en los controles, existe diferencia

significativa entre ambos grupos ( $p < 0.024$ ). La proporción de casos que tuvieron percepción de mala calidad de vida (<60 puntos) fue de 21.1% sin existir diferencia estadística significativa con los controles que respondieron 15.7% ( $p < 0.553$ ).

Se concluye que 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. (23)

## **2.2. Bases teórico científicas**

### **2.2.1 Concepto de calidad de vida (cv)**

El concepto “calidad de vida” lo utilizó por primera el presidente Lyndon Johnson en 1964 para declarar sobre los planes de salud. Fue popularizado en los años 50 por un economista estadounidense, en los estudios de opinión pública durante la crisis económica, derivada de la Segunda Guerra Mundial, análisis relacionados con los consumidores.

El término se convirtió en el Index Medicus de búsqueda por categorías y palabras clave en el sistema Medline, en 1977, sin embargo, se ha convertido en popular entre los investigadores de la salud en los 80. (24)

La calidad de vida (cv) de nuestra vida es equivalente a la calidad de nuestro envejecimiento; Es admisible en la medida en que son elegibles de forma individual y las condiciones socio-culturales en las que vivimos, nuestras actitudes y formas de comportamiento. (24)

La calidad de vida es resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Cuando el aspecto objetivo depende de la persona (el uso y desarrollo de sus potencialidades: intelectuales, emocionales y creativas) y las circunstancias externas (estructura socio-culturales, socio-psicológicos y políticos) que interactúan con la persona (25). El aspecto subjetivo está dada por la satisfacción de la persona, la satisfacción de sus aspiraciones personales y su percepción que una población ve en sus condiciones generales, lo que resulta en sentimientos positivos o negativos.. (26) Según Dulcey y col. el concepto de



bienestar y satisfacción con la vida en la vejez subjetiva es un exitoso criterios de envejecimiento. (27)

La calidad de vida es un concepto evaluador eminentemente capaz de abarcar más fenómenos que no pueden abarcarse en cualquier especialidad o rama de la ciencia, es decir, la configuración que se basan en la investigación son numerosos y, dependiendo de la evaluación en el contexto de las acciones.. (28)

Hay diferentes definiciones sobre "calidad de vida"; Felce y Perry (29) encontraron 3 conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, así:

- 1) como la Calidad de Condiciones socio-económicas y culturales de vida de una persona;
- 2) la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones vitales;
- 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, osea, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta;
- 4) y, finalmente, como la 3combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales".

Amartya Sen considera la calidad de vida en términos de actividades que se valoran en sí mismos y su capacidad para realizar estas actividades. Si la vida es vista como un conjunto de "hechos y seres" (es decir, de realización) que se valora por sí misma, el ejercicio para determinar la calidad de vida toma la forma de evaluación de estos "logros" y "capacidad de funcionar'. (30)

En vez de los enfoques basados en el valor o el bienestar serían ellos mismos (medios y fines se confunden) en este caso, la calidad de vida estaría comprometido a apoyar a estos "hechos y seres" (logros) y la capacidad o habilidad de la persona para lograrlos; En última instancia, las cosas que la gente le gusta hacer y ser. (30)

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de valor en las que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones . Es un concepto amplio y complejo

que abarca proceso psicológico físico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las principales características del entorno.. (31)

### **2.2.2. Conceptos de calidad de vida relacionada con la salud**

Autores como Patrick y Erickson (32) definen la CVRS siempre que el valor atribuido a la esperanza de vida basado en la percepción de los límites físicos, psicológicos, sociales y descenso oportunidades debido a los cambios en el valor de la enfermedad, sus consecuencias, el tratamiento y / o la política de salud.. Para Schumaker y Naughton (33) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado actual de la salud, la capacidad para realizar estas actividades importantes para el individuo..

Shwartzmann L y col. (34), consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y evolutivo que incluye interacciones en curso entre las personas y su entorno. Según este concepto, la calidad de vida de una persona enferma es el resultado de la interacción entre el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que se produce inevitablemente en su vida, el apoyo social y la percepción y la etapa de la vida donde se produce la enfermedad. Este resultado se mide en el nivel de percepción de bienestar físico, mental y social, así como la evaluación global de la vida que el paciente tiene en cuenta los cambios que estas situaciones pueden ocurrir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto es reconocer que la percepción de su bienestar físico y espiritual de las personas, mental depende en gran medida de sus propios valores y creencias, antecedentes culturales y su historia personal.(35)

En materia de salud, la OMS puso en marcha el desarrollo futuro de la CVRS, definir e integrar el bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad en su definición clásica, sin embargo, esta definición fue una ilusión y la práctica médica, así como la evaluación de la salud de la población estaba lejos de este concepto reduccionista. (35)

Calidad de vida es la evaluación subjetiva de la vida entendida como un todo; 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. (36)

La mayoría de los expertos en este campo perciben la calidad de vida como una estructura multidimensional, que estaría a su vez constituida por una serie de dimensiones o factores, los que incluyen el estado y funcionamiento a nivel físico, enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento y funcionamiento psicológico. (37)

A comienzos de los años 80 aparecen desarrollados los perfiles de salud como respuesta a lo anterior, y son los denominados: Perfil de Impacto de la Enfermedad; Perfil de Salud de Nottingham (38); y el SF-36 (Short Form-36 Health Survey, SF-36) (39). Este cuestionario de salud SF-36 versión española o formulario corto-36, evalúa ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas, así:

1. Funcionamiento físico.
2. Limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos de salud.
3. Dolor corporal.
4. Funcionamiento social.
5. Salud mental general, incluyendo estrés psicológico.
6. Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales.
7. Vitalidad, energía o fatiga.
8. Percepciones de salud genera

La principal ventaja del SF-36 es que proporciona un perfil general de la opinión percibida calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o poblaciones a través de la aplicación directa y personal del cuestionario para la evaluación adicional, que es útil para la planificación sanitaria e introducir políticas sociales a la población.. Vilagut y cols (40) al evaluar 10 años de experiencia en España con el SF-36, uno de los instrumentos de CVRS más conocido y utilizado a nivel internacional, ilustra el grado de madurez alcanzado en nuestra medición y estudio de la CVRS del medio ambiente.

Los autores examinan críticamente el contenido y también muestran la notable variedad de personas y tipos de estudios que ha utilizado hasta ahora este instrumento.. (41). El SF-36 ha sido validado en Colombia por P. Stephan Leher en 1997 en una encuesta realizada en los suburbios del sur de Bogotá, que fue adaptado a 11 preguntas acerca de las dimensiones físicas y sociales.

### Ilustración 1. CONCEPTUALIZACION DE CALIDAD DE VIDA

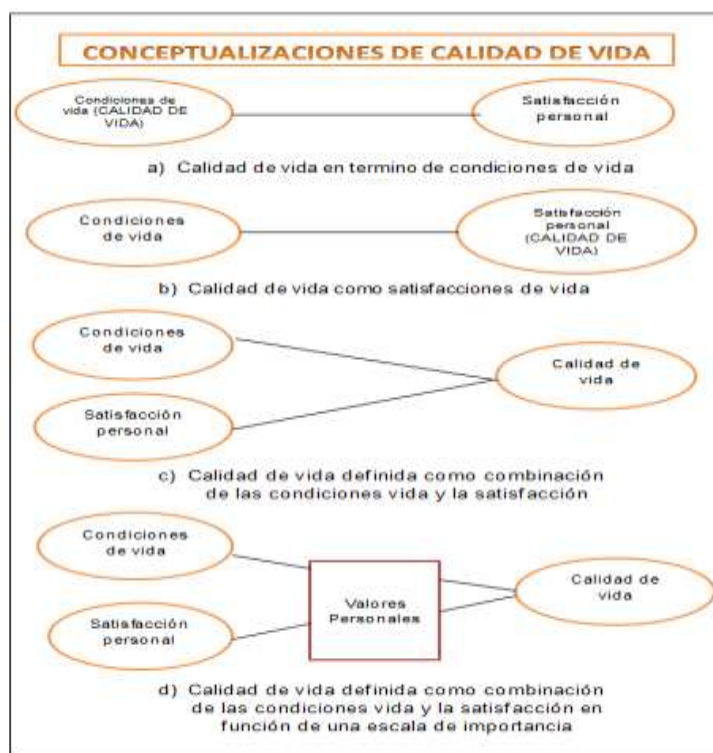


Figura 1. Conceptualizaciones de Calidad de Vida  
(Traducida y adaptada de Felce y Perry,1995)

### 2.2.3. Dimensiones de la calidad de vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la “**calidad de vida relacionada con la salud**”. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

**Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. (42)

**Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. (42)

**Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (42)

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica). (42)

#### **2.2.4. Características de la calidad de vida:**

**Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

**Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

**Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.

**Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

**Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de

la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

### **2.2.5. Medida de la calidad de vida:**

Medidas de Incapacidad Funcional y Menoscabo:

Índice de Katz.

Medida de Independencia Funcional.

Escala Plutchik de valoración Geriátrica.

Índice de actividad de Duke.

Entrevista sobre el deterioro de las actividades cotidianas en pacientes con demencia.

Medidas de Salud Social:

Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK.

Cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar.

Entrevista Manheim de Apoyo Social.

Medidas de Dolor:

Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.

Cuestionario de Dolor Cervical.

Medidas genéricas de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad:

Perfil de Salud de Nottingham.

Cuestionario de Calidad de Vida para Ancianos.

Cuestionario de Calidad de Vida.

Cuestionario de Salud SF-36.

Índice de Calidad de Vida de Spitzer.

CWHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.

Medidas de calidad de vida relacionada con el cáncer:

Escala de Karnofsky.

Escala ECOG.

Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30.

Cuestionario Rotterdam Symptom Checklist.

### **2.2.6 Cancer de mama.**

El cáncer es una enfermedad de tipo crónico, afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como el aspecto físico, el bienestar psicológico, el trabajo y las relaciones interpersonales. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, después del cáncer de pulmón en el hombre, diagnosticándose más de la mitad en los países desarrollados. (43)

El cáncer de mama es el resultado de la transformación maligna de las células epiteliales que forman el sistema ducto-lobulillar de la glándula mamaria. Es la primera causa de cáncer en la mujer y, aunque con variaciones según el área geográfica considerada, representa el 30 % de todos los tumores malignos que afectan a este sexo. El riesgo de que una mujer padezca un cáncer de mama a lo largo de su vida es del 12 %, y del 3,6 % de morir por la enfermedad. Esta proporción puede ser mayor en aquellos casos donde existe agregación familiar. (44)

La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer invasivo del seno durante su vida es de 1 entre 8. La probabilidad de morir por cáncer de seno es de aproximadamente 1 entre 35. (45)

### **2.2.7 Tipos de cáncer de mama.**

Carcinoma ductal in situ (DCIS): es el tipo más común de carácter no invasivo. Significa que el cáncer no ha pasado de los conductos a los tejidos de la mama. Casi todas las mujeres pueden curarse en esta etapa. Puede diagnosticarse, a veces, con una simple mamografía. (46)

Carcinoma lobulillar in situ (LCIS): el cáncer se produce en las glándulas mamarias, que producen la leche, y no atraviesa los lobulillos. Aunque no es un verdadero cáncer, suele degenerar en un tumor canceroso. (46)

Carcinoma ductal invasivo (infiltrante) (IDC): es el más común de todos. Surge en el conducto mamario, atraviesa su pared e invade el tejido del seno. De ahí puede propagarse a otras partes del cuerpo. Son el 80% de los cánceres invasivos. (46)

Carcinoma lobulillar invasivo (infiltrante) (ILC): comienza en las glándulas mamarias o lobulillos y puede propagarse a otras partes del organismo. Suponen un 1% de los cánceres invasivos. (45)

Cáncer inflamatorio del seno (IBC): es poco común (entre un 1 un 3% de todos los cánceres de mama). Tiene un mal pronóstico porque, a veces, se confunde con una infección. No se presenta como un tumor o protuberancia bien definida, sino con un enrojecimiento e hinchazón del pecho, que presenta una textura parecida a la piel de la naranja. Suele diagnosticarse mal al principio, pues no se ve en una mamografía. (45)

### **2.2.8 Etiología del cáncer de mama.**

Es difícil hablar de etiología en una enfermedad como el cáncer cuyo origen es multifactorial. Numerosas investigaciones han permitido la identificación de algunos factores que contribuyen a un aumento del riesgo. No obstante, hasta en el 50 % de los casos no es reconocible ningún factor, salvo la edad y el sexo. (44)

No se conocen exactamente las causas del cáncer pero sí los factores de riesgo. En el caso del cáncer de mama estos factores son: Ser mujer y tener entre 35 y 54 años. Cambios genéticos debido a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2. Antecedentes familiares (aunque entre un 70 un 80% de las afectadas no tienen historial familiar de cáncer de mama) y personales de cáncer de seno. Raza (las mujeres blancas lo padecen en mayor número que las de color). Una biopsia anormal del seno suele asociarse con una mayor predisposición a padecer la enfermedad. Si los períodos menstruales comenzaron antes de los 12 años y terminaron después de los 55 tienen una probabilidad ligeramente superior. (47) Los antecedentes de tratamientos con radiación incrementan mucho el riesgo de padecer la enfermedad, tratamiento con dietilestilbestrol (DES) a las embarazadas (el riesgo sería tanto para ellas como para sus hijas). El no tener hijos o tenerlos después de los 30 años. (45)

### **2.2.9 Etapas del cáncer mamario.**



Etapa I: tumor con diámetro menor a 2 cm. En caso de haber ganglio, no se palpan de tipo metastasico. No hay metástasis distantes. (48)

Etapa II: tumor con diámetro menor a 5 cm. Los ganglios, si se palpan, no son fijos. No existen metástasis distantes.

Etapa III: tumor mayor a 5cm. de tumor de cualquier tamaño con invasión cutánea o fija a la pared torácica. Ganglios en la región supraclavicular. No existen metástasis distantes.

Etapa IV: con metástasis distantes.

### **2.2.10 Tratamientos del cáncer de mama.**

En el tratamiento del cáncer de mama se sigue un protocolo, normas y pautas, establecidas en base a la experiencia científica que se tiene en el tratamiento de este tumor. Estos protocolos, que se emplean de forma generalizada en todos los hospitales, recogen las indicaciones o limitaciones del tratamiento en función de los siguientes factores: edad del paciente, estado general y hormonal (premenopausia, menopausia), localización del tumor, fase o estadio en la que se encuentra la enfermedad (TNM), receptores hormonales del tumor, grado de las células y positividad para algunos factores biológicos.

El tratamiento propuesto por el especialista no va a ser el mismo en todos los pacientes. Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia. (49)

Se utilizan diversas definiciones respecto al tratamiento:

**Tratamiento Local:** la cirugía y la radioterapia son ejemplos de ello.

**Tratamiento Sistémico:** la quimioterapia y la hormonoterapia son ejemplos.

**Tratamiento Adyuvante:** se llama así al tratamiento sistémico y/o local administrado tras el primer tratamiento. El objetivo de este tratamiento es profiláctico, tanto a nivel sistémico como local, es decir, pretende reducir el riesgo de recidiva del cáncer de mama.

**Tratamiento Neo adyuvante:** consiste en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía. (49)

### **2.2.11 Signos y síntomas:**

Para valorar de manera adecuada los signos y síntomas en relación con la mama conviene tener en cuenta; edad, factores de riesgo, oscilaciones temporales, bilateralidad, exámenes previos, desencadenantes y otros síntomas. (50)

La posibilidad de que una masa palpable en la mama sea maligna está relacionada con la mayoría de edad, posmenopausia y con las siguientes características en el examen físico: consistencia firme, aspecto sólido, bordes irregulares, escaso desplazamiento sobre la piel, la región costal o los tejidos que la rodean, unilateral, no dolorosa y la presencia de adenopatías axilares.<sup>50</sup>

Secreción por el pezón: Siempre se debe estudiar, hay mayor riesgo de lesión maligno en el caso de que la secreción contenga restos hemáticos y estén asociados. (50)

Dolor: Es uno de los motivos de consulta más frecuentes, en consecuencia de otros síntomas de sospecha suele ser debido a tensión premenstrual, y otras causas. (50)

Síntomas cutáneos: La enfermedad de Paget afecta al pezón y areola de forma unilateral, clínicamente muy similar a la dermatitis crónica eccematosa se asocia a un carcinoma intraductal subyacente. (50)

La retención del pezón o de la piel de presentación reciente se debe evaluar cuidadosamente. Los fenómenos inflamatorios de tipo de eritema, induración, aumento de temperatura y dolor pueden ser indicativos de un tumor inflamatorio de mal pronóstico. (50)

### **2.2.12 Ansiedad y depresión.**

El término, del latín anxietas, congoja o aflicción, consiste en una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta

como amenazantes o peligrosas, aunque, en realidad; esta manera de reaccionar de forma no adaptativa hace que sea nociva, por excesiva y frecuente. Por ello, es considerada como un trastorno mental prevalente, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, su carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes cognitivos, conductuales y psicofisiológicos, que se expresan en diferentes ámbitos, familiar, social o laboral. (47)

### **2.2.13 Imagen corporal.**

La enfermedad del cáncer de mama y las consecuencias de su tratamiento, llevan a la paciente a adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva.

La alteración en la imagen corporal es una de las reacciones a la mastectomía y se refiere a la modificación de la totalidad, sensación de asimetría e impresión de tener el cuerpo deformado. La autoestima y el optimismo se muestran como factores que influyen sobre la imagen corporal y el funcionamiento sexual. La imagen corporal y el funcionamiento sexual son aspectos que son perjudicados por el cáncer de mama, el grado de afectación de estos a nivel emocional, son comparables a las que se experimentan por la muerte de un ser querido, los cambios en la apariencia física se convierten en una fuente de estrés que afecta directamente el estado emocional, la calidad de vida y el funcionamiento personal, familiar, social y laboral de las mujeres con cáncer de mama. (48)

### **2.2.14 La sexualidad.**

La feminidad, la maternidad y el erotismo contribuyen a la percepción de la identidad sexual femenina, y todos estos elementos pueden ser afectados - en varios niveles - por el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. (50)

El cáncer de mama puede afectar a la sensualidad, el atractivo y capacidad de respuesta debido a la pérdida de sensaciones placenteras después de la cirugía de mama que puede reducir la excitación sexual. La depresión y la

ansiedad afectan a la propia imagen y la función sexual (deseo sexual sobre todo). (51)

Los síntomas y signos más comunes en la función sexual en las pacientes tras un cáncer de mama son trastornos de la excitación, dispareunia, anorgasmia y la pérdida de satisfacción sexual. (51)

#### **2.2.15 Mastectomía:**

La mastectomía por cáncer de mama, provoca alteraciones en determinados aspectos concretos de la imagen corporal, como sentimientos negativos en torno a la propia desnudez y la devaluación del sentimiento de atractivo físico. (52)

Como se aprecia una de las consecuencias más notorias de la mastectomía es el Impacto psicológico por no saber en qué va a desencadenar el diagnóstico del cáncer, la mastectomía y la reconstrucción, situación que se manifiesta en la paciente con el stress y la incertidumbre; al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor Jorge Psillakis que plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, minusvalía, y para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar. (53)

#### **2.2.16 Complicaciones de la mastectomía.**

Infección de la herida: Después de la mastectomía radical modificada, las tasas de infecciones de las heridas van desde 2,8% a 15%. La infección de la herida de la mastectomía o en el brazo ipsilateral puede representar una grave morbilidad en el postoperatorio del paciente y produce discapacidad que puede progresar a finales de postoperatorio linfedema del brazo. La celulitis se ve en el periodo post-operatorio, responde al tratamiento antibiótico en la mayoría de los casos. Los organismos predominantes son el S. aureus y S. epidermidis S. Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección incluyen la biopsia abierta antes de la mastectomía, aumento de la edad, el drenaje de succión prolongada del catéter, y las alteraciones de los mecanismos de defensa del huésped. (54)

Seroma: Es una acumulación de líquido seroso en la cavidad quirúrgica que es clínicamente evidente. Después de la mastectomía, aparecen seromas en el espacio muerto debajo de la elevación de colgajos de piel (55) y representa la complicación más frecuente de la mastectomía, en desarrollo en aproximadamente el 30% de los casos. Los pacientes con un índice de masa corporal (IMC) tienen una mayor tasa de formación de seroma. La incidencia de la formación de seroma también aumenta con la edad. La mayoría de los cirujanos oncológicos recomiendan la movilidad del brazo inmediatamente después de la cirugía. (54)

Neumotórax: Es rara complicación, se desarrolla cuando el cirujano perfora la pleura parietal con la disección del tejido extendida o con los intentos de hemostasia para los perforadores de la musculatura intercostal. El neumotórax es más común en los pacientes que se someten a una mastectomía radical. (54)

La necrosis de tejido: Una complicación común de la cirugía de mama es la necrosis de los colgajos de piel desarrollados o en los márgenes de la piel. (54)

Hemorragia: es una complicación post-operatoria en el 1% a 4% de los pacientes y se manifiesta por la inflamación excesiva de la zona quirúrgica. El reconocimiento precoz de esta complicación es imprescindible. (54)

### **2.2.17 La teoría de autocuidado dorothea orem**

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida (56) una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea E Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas. (57)

#### **La teoría del déficit del autocuidado**

#### **La teoría de los sistemas de enfermería**

Esta investigadora norteamericana desarrolla su trabajo en solitario la colaboración de algunas colegas que le han permitido desarrollar la teoría del

déficit de autocuidado; aunque no acepta tener influencia directa de ninguna fuente teórica en su obra, cita el trabajo de muchas autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería tales como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiendenbach, entre otras. (58)

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. (59)

De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (59)

Autores como Benavent, Ferrer, (60) plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Salcedo-Álvarez y colaboradores (55) plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal

forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto las autoras asumen el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (55)

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades. (61)

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y

costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar las capacidades que tienen los individuos para la realización de las actividades de autocuidado. (61)

### **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 la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. (62)

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, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción. (63)

Mediante el estudio de la teoría del déficit de autocuidado de Orem de acuerdo con una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica para la actividad propia de autocuidado y en la capacidad de un auto-desarrollo de las actividades constitutivas de autocuidado no están en funcionamiento o lo suficiente para satisfacer y cubrir una parte o la totalidad de los componentes de auto-servicio terapéutico necesidad existente.

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. Cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. El baño y aquellas actividades en que el



paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita. (64)

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. (64)

### **2. 3. Definición de términos básicos**

#### **Calidad:**

Según la OMS es el grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud. El cuidado se debe basar en la evidencia clínica, de una manera técnica y culturalmente competente, con una buena comunicación y una toma de decisiones compartida. (65)

#### **Calidad de Vida:**

Calidad de vida esta definida como la percepción de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de valores en las que viven, objetivos, expectativas, normas y preocupaciones individuales. Viene a ser un concepto amplio y complejo que abarca la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las principales características ambientales. (66)

#### **Cáncer de mama:**

El cáncer de mama es un problema de salud muy relevante, siendo el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo. (67)

## **Mastectomía:**

La mastectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de parte o de toda la mama, gracias a ello se ha observado mejoras en los métodos de tratamiento oncológico que han posibilitado una considerable disminución de la tasa de mortalidad de la enfermedad y en la actualidad, alrededor del 83% de las mujeres con cáncer de mama sobreviven a los 5 años. (68)

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, debido a que se determinó la calidad de vida de los sujetos de investigación a partir de la interpretación de sus horizontes de significación, donde logramos entender la realidad inmediata. En específico, se evaluó, describió, comprendió e interpretó la realidad de las mujeres con mastectomía, entendiendo cómo fue alterada su calidad de vida. Este proceso se realizó a lo largo de un proceso interactivo entre las investigadoras y el investigado, teniendo un enfoque descriptivo tanto de lo que se observó (el comportamiento) como de lo que se dijo (el cuestionario).

#### **a) Según la finalidad**

La investigación es básica porque dio a conocer la calidad de vida de mujeres con mastectomía del Hospital Regional Docente las Mercedes en estudio, para ello se aplicó un instrumento que tuvo validez, confiabilidad y objetividad.

#### **b) Según su Carácter**

De acuerdo con este criterio, la investigación es descriptiva, puesto que su propósito fue conocer la calidad de vida de mujeres con mastectomía en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes.

#### **c) Según su naturaleza**

La Investigación fue de enfoque cuantitativa, debido a que se basó en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de la variable

estudiada, se utilizó la metodología empírico analítico y sirvió de pruebas estadísticas para el análisis de datos.

d) Según el alcance temporal

La Investigación estudió la calidad de vida en un momento dado que comprendió los meses del año 2016.

### **3.1.2. Diseño de la investigación:**

El presente estudio de investigación presentó un diseño descriptivo.

Es así que se pretendió realizar un cuestionario cerrado a los sujetos estudiados, los cuales bajo cierto contexto, modificaron su conducta y tomaron acciones al respecto.

Se abordó el estudio por medio de una muestra, para tener acceso a la información de las pacientes, mediante el instrumento elegido, sin causar erogaciones económicas importantes y su acopio no fue en periodo largo de tiempo.



Dónde:

M: Muestra

O: Calidad de vida

### **3.2. Población y muestra:**

La población de la investigación fueron 51 mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes, las que se tomaron como totalidad de población única, llamándolo muestra censal del año 2016.

### **3.3. Variables:**

#### **3.3.1 Variable:** Calidad de vida

### 3.4. Operacionalización:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADOR	DIMENSIONES	ITEMS
<b>INDEPENDIENTE</b> <b>Calidad de vida</b>	Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones	SF 36	1. Funcionamiento físico. 2. Limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos de salud. 3. Dolor corporal. 4. Funcionamiento social. 5. Salud mental general, incluyendo estrés psicológico. 6. Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales. 7. Vitalidad, energía o fatiga. 8. Percepciones de salud genera	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

### DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES Y CALIFICACIÓN DE LOS TEMAS

DIMENSION	SIGNIFICADO
<b>Función física</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>Rol físico</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
<b>Dolor corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

---

<b>Salud general</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función social</b>	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>Rol emocional</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
<b>Salud mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

---

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

#### **3.5.1. Técnicas de recolección de datos:**

Técnica de Gabinete:

Se utilizó la técnica de gabinete consistente en el empleo de fichas bibliográficas que sirvió para recoger información sobre el marco teórico, lo que permitió organizar y revisar la teoría básica relacionada con el propósito de la investigación, asimismo se utilizó las fichas resumen que sirvieron para compilar ideas principales sobre las variables de estudio.

Las fichas Es un instrumento que nos permitió registrar por escrito, tanto los datos de identificación como las ideas y críticas que nos proporcionaron las distintas fuentes de información, y consistió en una tarjeta de cartulina delgada de distintos tamaños. Importancia de las fichas Nos permitieron la recopilación y recolección de datos, nos facilitaron la selección y ordenamiento de la información y la organización de un fichero de trabajo, conservamos los datos para futuras investigaciones y facilitar el manejo o manipulación de datos en el momento de necesitarlos.

a) Fichas bibliográficas:

Por lo común es una tarjeta de 14 x 8 cm. En ella se anotan los datos correspondientes a la obra y el autor, preferentemente con base en un código internacional.

b) Técnica de Campo:

Esta técnica nos permitió recopilar datos para posteriormente procesarlos y contribuir al desarrollo de la investigación, La técnica de campo permite la observación en contacto directo con el objeto de estudio, y el acopio de testimonios que permitan confrontar la teoría con la práctica en la búsqueda de la verdad objetiva. Las técnicas que se utilizaron fueron la observación y la encuesta (69)

### **3.5.2. Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)**

El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Tras una década de uso esta investigación revisó críticamente el contenido, propiedades métricas y nuevos desarrollos de la versión española (70)

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud (70)

Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento (70)

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-365.

Nuestro instrumento presenta validez y confiabilidad, denotado ya en la utilización de otras tesis en Chiclayo: Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque 2008 – 2010, Autora: M. Palacios Benzaquen.

### **3.6. Plan de análisis estadístico de datos:**

El análisis estadístico consistió en el ingreso de los datos y las variables a estudiar primero en una base de datos de Microsoft Excel y luego utilizando el paquete estadístico SPSS 22. Para la puntuación se usó el manual de puntuación de la versión española del SF-36. La variable calidad de vida, en diferentes medidas: en primer lugar se obtuvieron los promedios de cada ítem de una escala, en segundo lugar cada puntaje se transformó en una escala de 1 al 5 en la que el puntaje más alto indico mejor calidad de vida, teniendo de acuerdo con los parámetros establecidos. Cada una de las variables se medirá por medio de promedios y desviación estándar. Los valores superiores o inferiores de 2 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente. Se calcularán medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas. Se verificó la normalidad, y se obtuvo frecuencias para las variables categóricas. En cuanto a la comparación de los valores de calidad de vida entre los distintos grupos, se utilizó el test de ANOVA y Tstudent para las variables con distribución normal, y los casos que no tuvieron distribución normal se utilizó el análisis bivariado con U de Mann-Whitney.

### **3.7. Criterios éticos**

Cuando se realiza una investigación de cualquier tipo en el área de enfermería, es necesario mantener una postura ética, moral y legal que implica la confidencialidad de los datos de la investigación por parte del entrevistador. Se debe guardar la privacidad y anonimato del entrevistado como bienestar de la persona o de su familia, es por eso que a través del consentimiento informado, fijamos de común acuerdo, el lugar, día y hora que realizamos la entrevista. Para este propósito solicitamos la autorización de las pacientes que fueron atendidas en el servicio cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes para aplicar la encuesta difundir los datos obtenidos, guardando la identidad, intimidad y

confidencialidad de la información. Esto nos permitió una buena coordinación y comunicación, donde logramos extraer la esencia de la investigación.

Es necesario proporcionar un ambiente de tranquilidad a los encuestados, para lo cual lo ideal es realizar la encuesta en un lugar elegido por el mismo encuestado.

El consentimiento informado que se brindó a las pacientes se recogió por escrito. La información se procesó solo por las investigadoras guardando la más estricta confidencialidad. Los resultados de la investigación tuvieron un tratamiento confidencial. La incorporación de las pacientes al estudio siguió un criterio de estricta voluntariedad. Esta investigación no implicó afectaciones físicas, ni psicológicas a las pacientes.

Durante el desarrollo de la investigación se puso en práctica los principios éticos de Belmont, los cuales se detallan a continuación:

El principio de beneficencia, cuya máxima es: “por sobre todas las cosas, no dañar”, este principio tiene varias dimensiones, una de ellas es la garantía de que no sufrirán daños, dicha investigación se realizó con personal calificado, donde se protegió a las personas contra daños físicos, algunas consecuencias psicológicas de la participación, de modo que se obtuvo mayor atención y sensibilidad, otra dimensión fue la garantía de no explotación, acá se aseguró la información brindada para no ser utilizada en su contra, o que dicha información sea utilizada a fines distintos a la investigación.

La calidad de la investigación de ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar y que los profesionales de los servicios de salud necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. La calidad de un estudio estuvo determinada, en buena parte por rigor metodológico con que se realizó.

### **3.8. Criterios de selección**

**Inclusión:** en este estudio se incluyeron a mujeres con mastectomía del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, entre las edades de 35 y 50 años.

Mujeres con mastectomía radical.



**Exclusión:**

Mujeres con dos tipos de cáncer.

Mujeres con más de dos años tras la cirugía de mastectomía.

**3.9. Criterios de rigor científico**

Confidencialidad: consiste en guardar secreto y reserva la investigación. Al realizar el estudio se tiene que tener encuentre este principio de rigor científico guardando en secreto la investigación, donde la información que se obtiene sea veraz y los resultados serán únicamente exclusivas para la investigación a realizar.

Credibilidad: el rigor científico en torno a la credibilidad implica la valoración de las situaciones en las cuales una investigación pueda ser reconocida como creíble, para ello, es esencial buscar argumentos fiables que puedan ser demostrados en los resultados del estudio realizado, en concordancia con el proceso seguido en la investigación.

Para la elaboración del informe se utilizaron encuestas que se realizaron a las pacientes con cáncer de mama, teniendo en cuenta en todo momento el respeto por los diversos hechos que se presentaron en la ejecución, las cuales su resultado sirvió para el contenido del informe final, donde se mostraron resultados fiables siguiendo la secuencia d la investigación.

En la investigación, no se aplicó el principio de transferibilidad ya que los resultados de este estudio, no pueden ser transferibles ni aplicables a otros contextos y/o ámbitos de acción, criterio del cual tuvo razón plena, en tanto a la naturaleza social y compleja del fenómeno estudiado.

De todas maneras, podría ser referente para producir transferencias de los instrumentos y fases de la investigación en otra situación y/o contexto, dependiendo de la condición o grado de intensidad al acercamiento en cuanto a similitud del proceso desarrollado, de quien investiga y desea producir esa transferencia.

Al realizar el estudio se tuvo en cuenta los principios de rigor científico guardando en secreto la investigación, donde la información que se obtuvo fue

veraz y los resultados fueron únicamente exclusivos para investigación que se realizó.

Para realizar el proyecto, necesitamos una serie de requisitos para obtener para obtener el permiso y así poder desarrollar nuestra investigación en el Servicio de Cirugía Hospital Regional Docente las Mercedes y poder realizar la ejecución de nuestra investigación.

Una vez obtenido el permiso se procedió a ejecutar el proyecto con las pacientes con cáncer de mama, se tuvo una previa reunión con la enfermera jefa del servicio donde se explicó la naturaleza y objetivo de la investigación, para luego proceder aplicar el cuestionario a los sujetos de investigación.

Para la aplicación del cuestionario entablamos una relación de empatía con las pacientes con mastectomía, creando un ambiente de confianza, seguridad, por medio de una previa coordinación con cada una de ellas para determinar el momento adecuado o cuando tengan tiempo libre, antes de ello se procedió a firmar el consentimiento informado; la recolección de datos se dio en un tiempo determinado; el cual se usó para el informe de la investigación, ejecutado en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional docente las Mercedes.

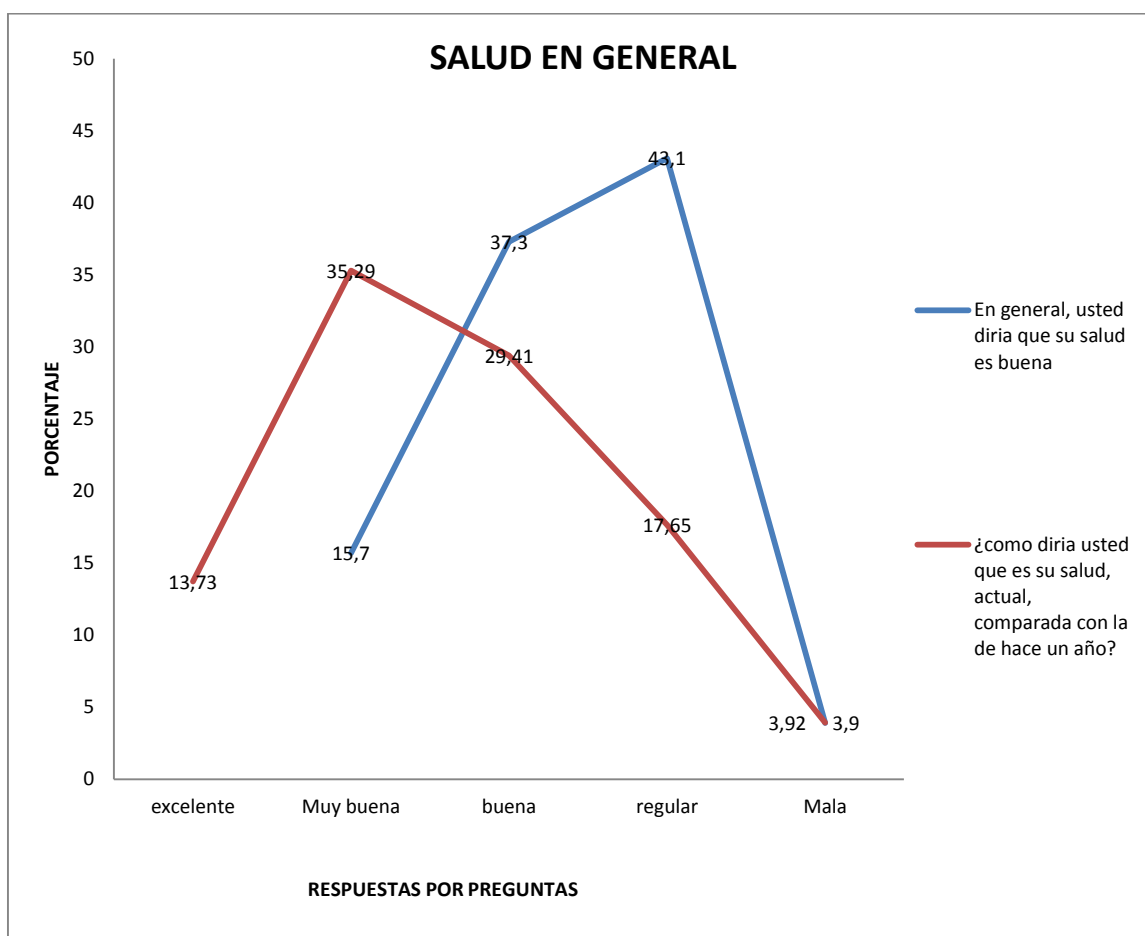
## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados en tablas y gráficos:

**Tabla 1. Salud en General**

SALUD EN GENERAL	RESPUESTAS				
	excelente	Muy buena	buena	regular	Mala
En general, usted diría que su salud es buena		15.7	37.3	43.1	3.9
¿Cómo diría usted que es su salud, actual, comparada con la de hace un año?	13.7	35.3	29.4	17.7	3.9

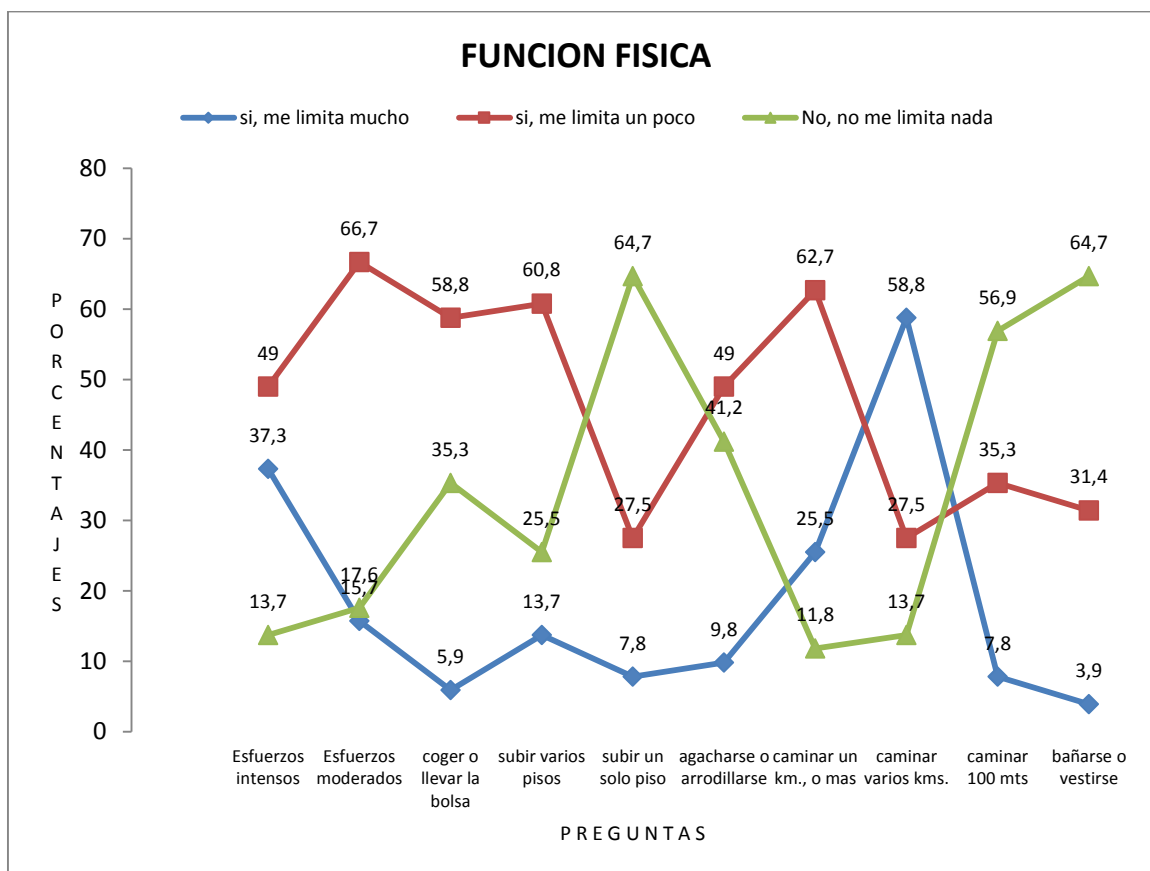
**Figura 1. Salud en General**



**Tabla 2. Función Física**

FUNCIÓN FÍSICA	RESPUESTAS EN PORCENTAJES		
	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos intensos (correr, deportes)	37.3	49.0	13.7
Esfuerzos moderados (correr, caminar)	15.7	66.7	17.6
Coger o llevar la bolsa de compras	5.9	58.8	35.3
Subir varios pisos por la escalera	13.7	60.8	25.5
Subir un solo piso por la escalera	7.8	27.5	64.7
Agacharse o arrodillarse	9.8	49.0	41.2
Caminar un kilómetros o mas	25.5	62.7	11.8
Caminar varios centenares de metros.	58.8	27.5	13.7
Caminar 100 metros	7.8	35.3	56.9
Bañarse o vestirse por sí mismo	3.9	31.4	64.7

**Figura 2. Función Física**



**Tabla 3. Rol Físico**

ROL FISICO	PREGUNTAS				
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo?		15.7	35.3	43.1	5.9
¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?		13.7	35.3	39.2	11.8
Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo		9.8	41.2	43.1	5.9
¿Tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o actividades?	2.0	31.4	39.2	15.7	11.8
¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al Trabajo/problemas emocionales?		19.6	25.5	54.9	
¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer / problemas emocionales?		13.7	29.4	41.2	15.7

¿Hizo su trabajo menos cuidadosamente que de costumbre por problemas emocionales?

3.9	11.8	31.4	31.4	21.6
-----	------	------	------	------

Figura 3. Rol Físico

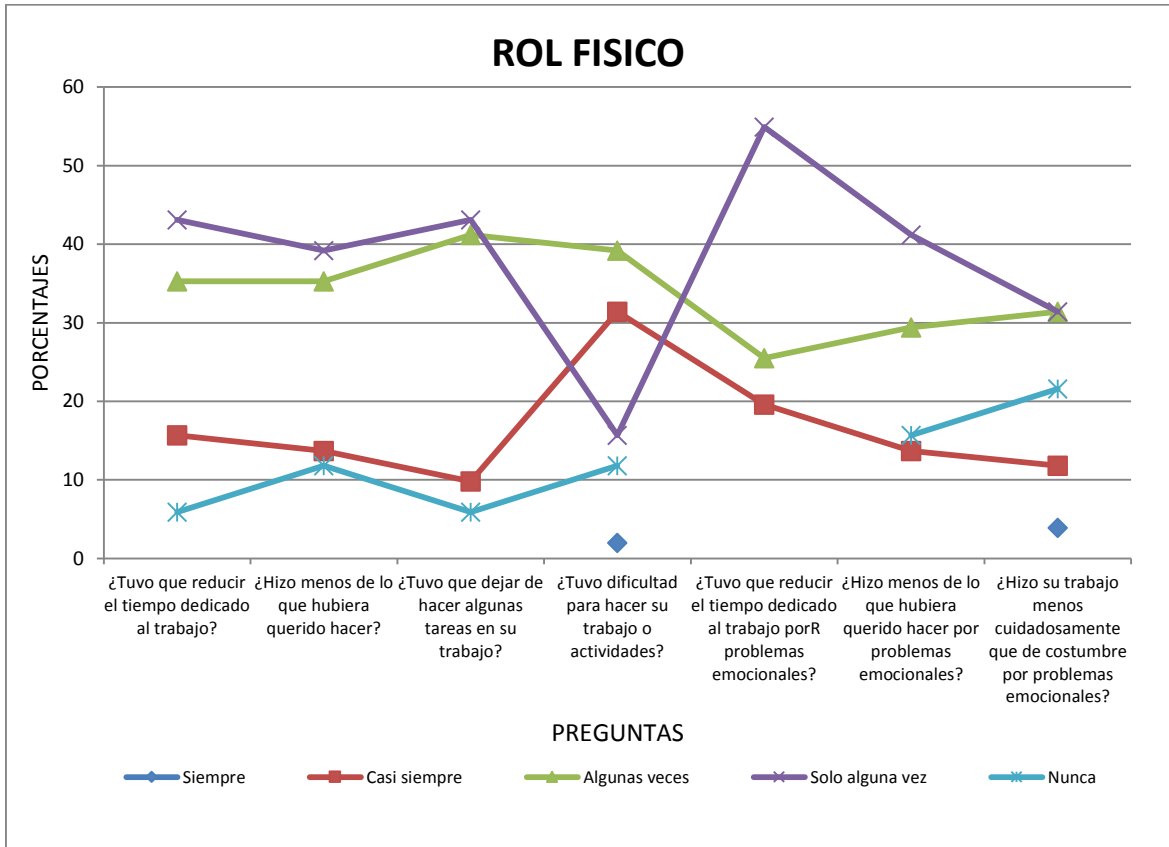
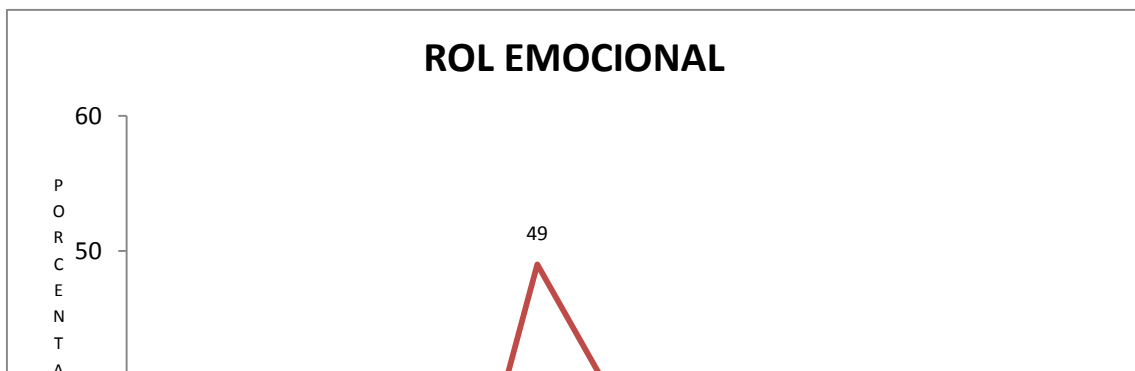


Tabla 4. Rol Emocional

ROL EMOCIONAL	RESPUESTAS				
	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades?	3.9	49.0	27.5	17.6	2.0

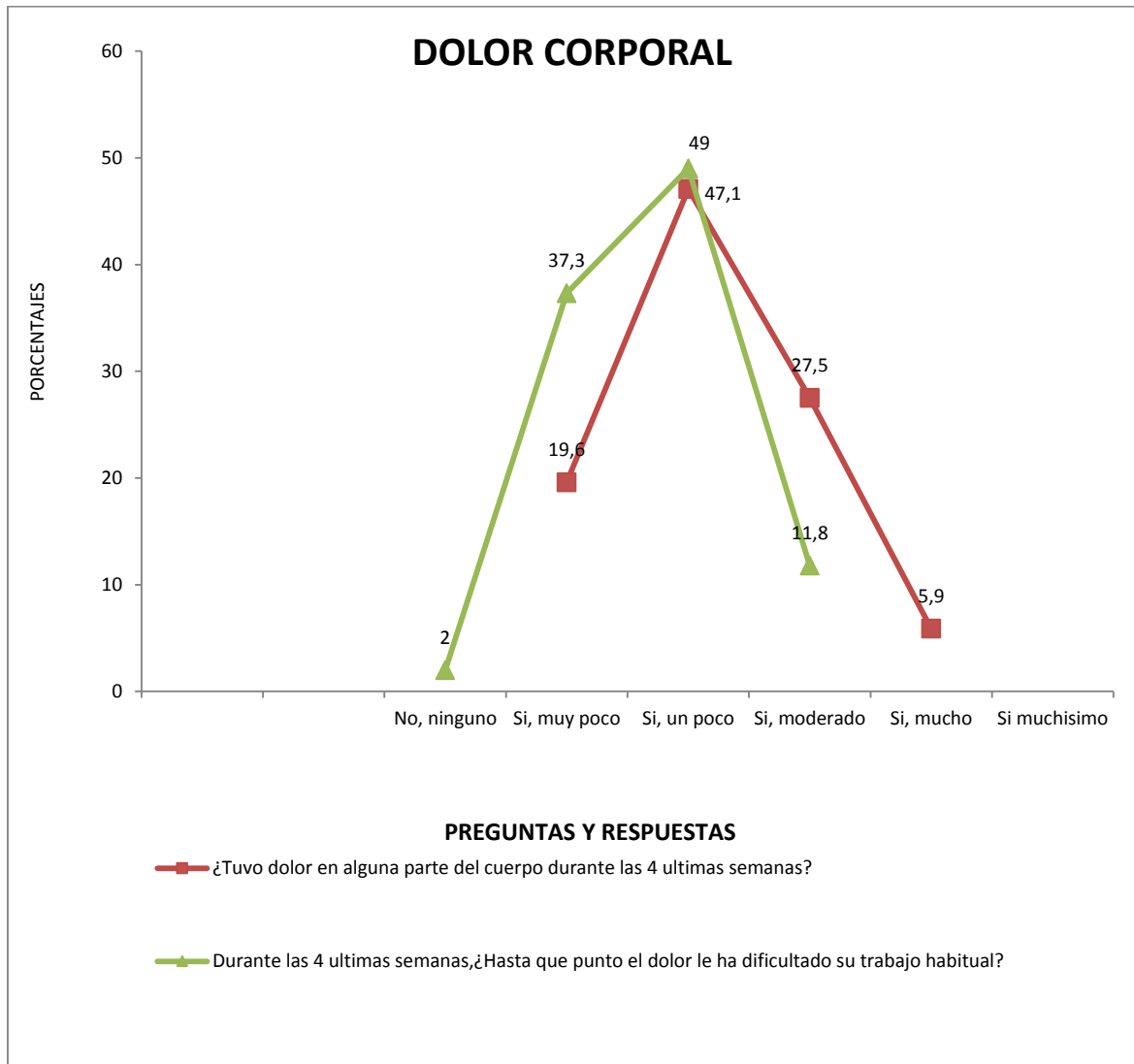
Figura 4. Rol Emocional



**Tabla 5. Dolor Corporal**

<b>DOLOR CORPORAL</b>	<b>No, ninguno</b>	<b>Si, muy poco</b>	<b>Si, un poco</b>	<b>Si, moderado</b>	<b>Sí, mucho</b>	<b>Si, muchísimo</b>
¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?		19.6	47.1	27.5	5.9	
Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?	2.0	37.3	49.0	11.8		

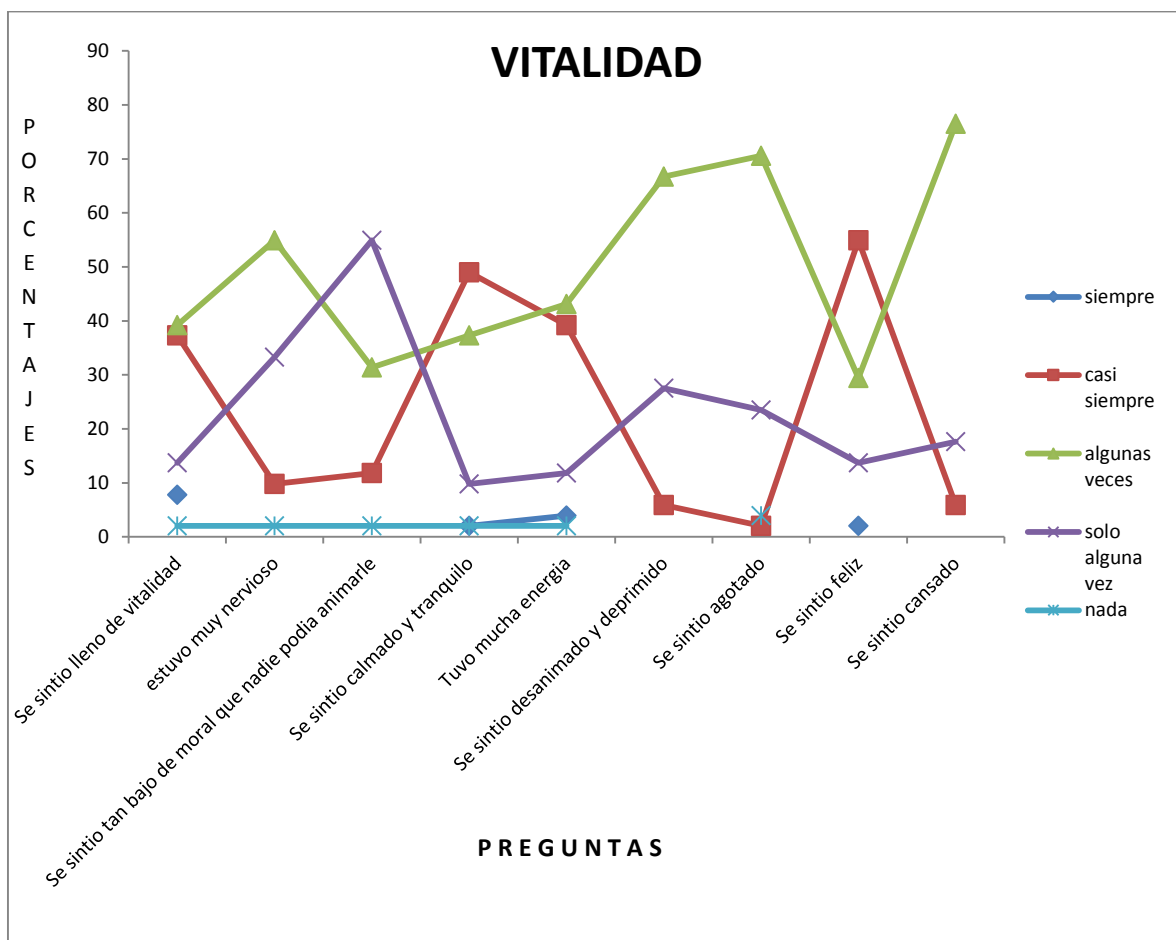
**Figura 5. Dolor Corporal**



**Tabla 6. Vitalidad**

VITALIDAD	siempre	casi siempre	algunas veces	solo alguna vez	nada
<b>Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia...</b>					
Se sintió lleno de vitalidad?	7.8	37.3	39.2	13.7	2.0
Estuvo muy nervioso?		9.8	54.9	33.3	2.0
Se sintió tan bajo de moral que nadie podía animarle?		11.8	31.4	54.9	2.0
Se sintió calmado y tranquilo?	2.0	49	37.3	9.8	2.0
Tuvo mucha energía?	3.9	39.2	43.1	11.8	2.0
Se sintió desanimado y deprimido?		5.9	66.7	27.5	
Se sintió agotado?		2.0	70.6	23.5	3.9
Se sintió feliz?	2.0	54.9	29.4	13.7	
Se sintió cansado?		5.9	76.5	17.6	

**Figura 6. Vitalidad**

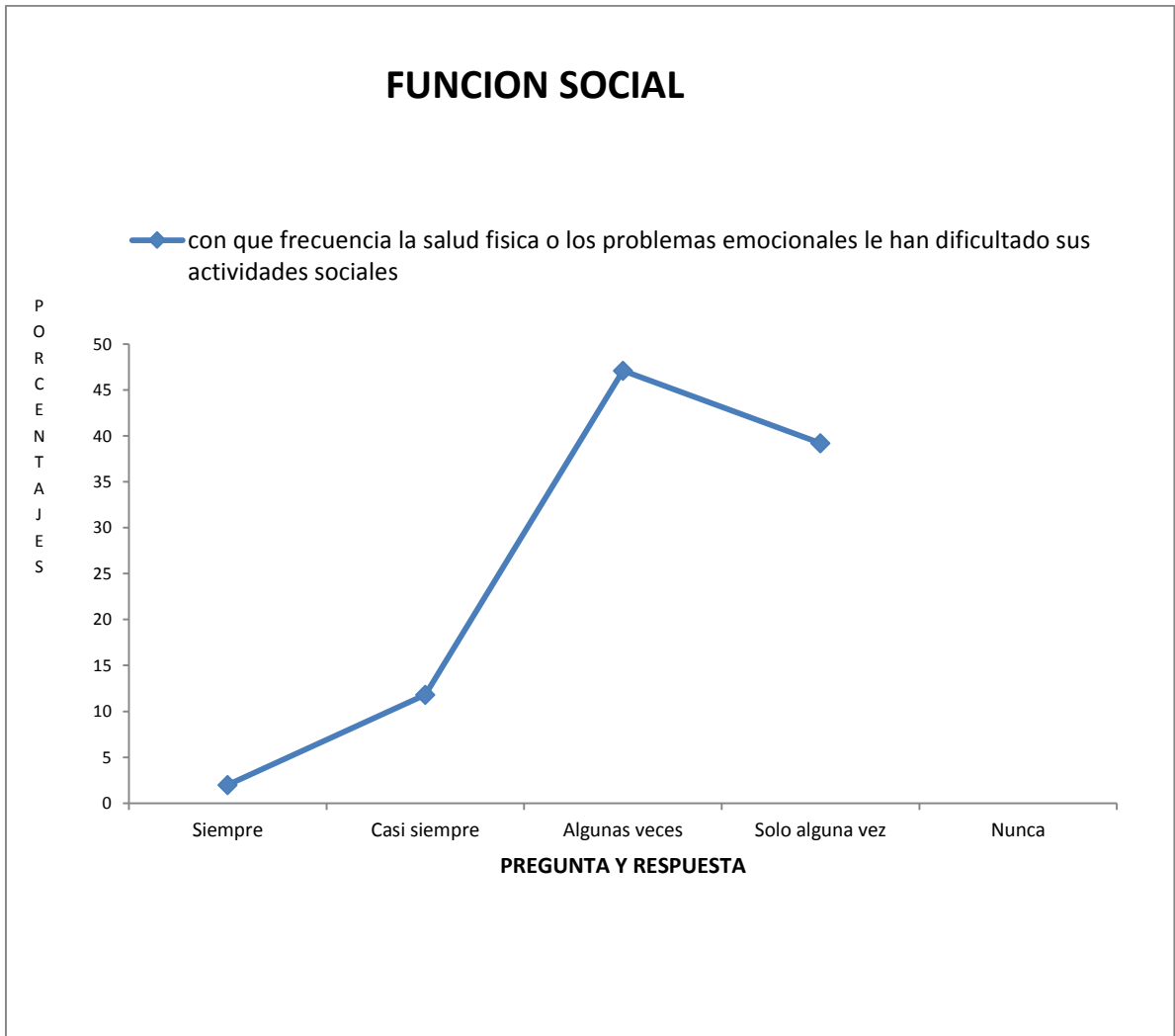


**Tabla 7. Función Social**

FUNCION SOCIAL	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
<b>Durante las 4 últimas semanas</b>					
¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos) o familiares?	2.0	11.8	47.1	39.2	

**Figura 7. Función Social**

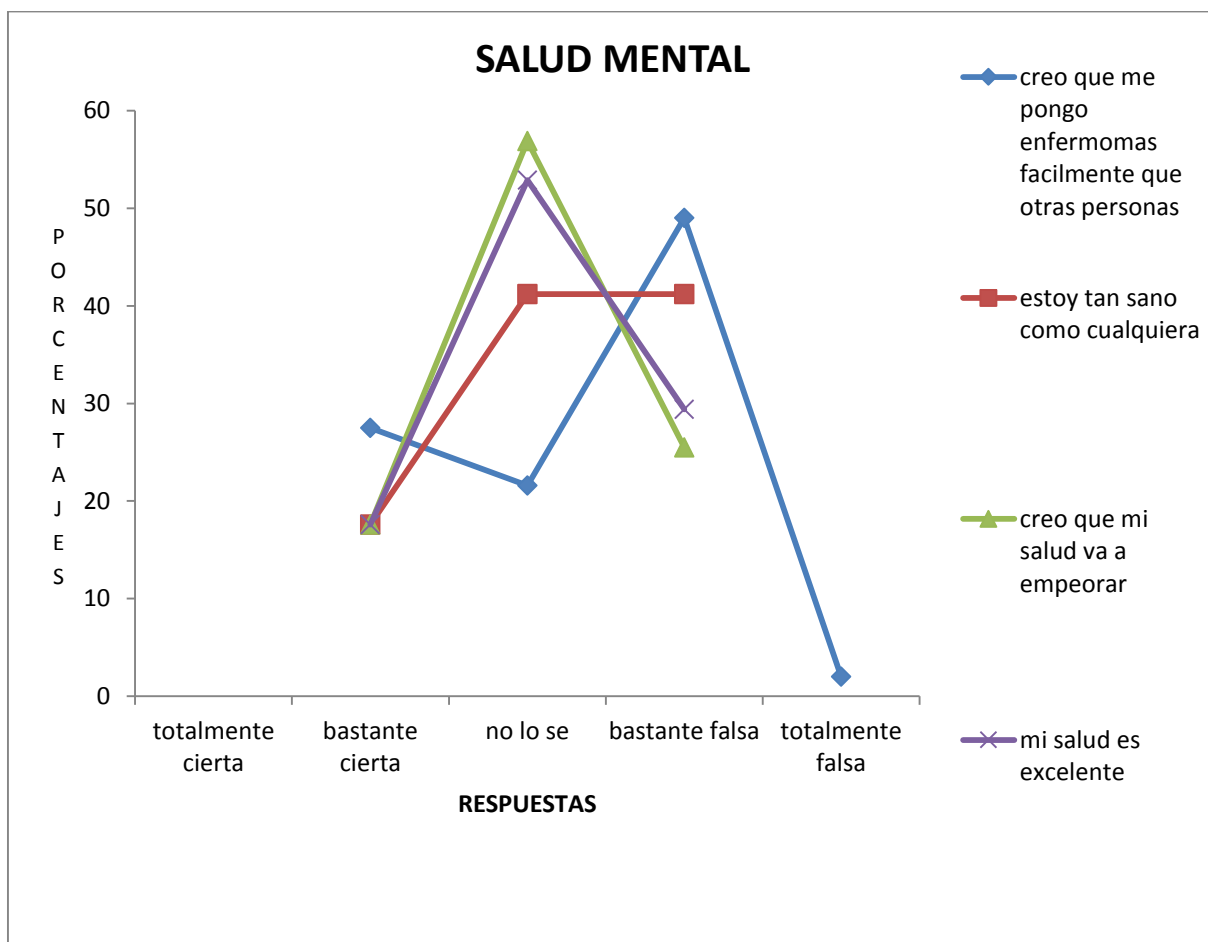




**Tabla 8. Salud Mental**

<b>SALUD MENTAL</b>	totalmente cierta	bastante cierta	no lo se	bastante falsa	totalmente falsa
<b>SI le parece CIERTA o FALSA las siguientes frases:</b>					
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas		27.5	21.6	49.0	2
Estoy tan sano como cualquiera		17.6	41.2	41.2	
Creo que mi salud va a empeorar		17.6	56.9	25.5	
Mi salud es excelente		17.6	52.9	29.4	

**Figura 8. Salud Mental**



**Tabla 9. INTERPRETACION DE RESULTADOS**

		SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS	
AREAS	ITEM	BAJA PUNTUACION	ALTA PUNTUACION
Salud en general	2	Cree que su salud es mala, ahora y hace un año	Cree que su salud es regular, ahora y muy buena hace un año
Salud fisica	10	Mucha limitación para realizar la actividad fisica de bañarse o vestirse debido a su salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas con poca limitación

<i>Rol físico</i>	7	Escasos problemas siempre en el trabajo u otras actividades como resultado de su salud física.	Gran cantidad de problemas en el trabajo u otras actividades como resultado de su salud física.
<i>Rol emocional</i>	1	Muchos problemas en el trabajo u otras actividades como resultado de su salud emocional	Un poco de problemas en el trabajo u otras actividades como resultado de su salud emocional
<i>Dolor corporal</i>	2	Ausencia de dolor o limitaciones debidas a problemas corporales.	Pocos dolores severos y altamente limitantes debidos a problemas corporales.
<i>Vitalidad</i>	10	Lleno de vitalidad, sin nerviosismo, sin moral baja, calmado, tranquilo, sin energía, pero se siente feliz	Gran intensidad de cansancio y agotamiento; desanimado y deprimido, nervioso, con moral baja, sin energía; pero siempre feliz.
<i>Función social</i>	1	Interferencia frecuente y extrema siempre con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realizar actividades sociales normales algunas veces con interferencia debida a problemas físicos y emocionales.
<i>Salud mental</i>	4	Sensación de paz, y calma al creer estar sano, que salud va a empeorar, o que su salud es excelente	Sensación nerviosismo y depresión todo el tiempo al no saber si su salud va a empeorar, o creer que se enferma más fácilmente que otras personas

## 4.2. Discusión de resultados

Las enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, enmarcan un problema de salud pública mundial debido a al incremento anual de morbimortalidad.

En las mujeres con mastectomía, la calidad de vida se ve afectada según los años que se encuentre el paciente tras la cirugía y el tratamiento que reciba,

esto nos muestra una serie de respuestas psicosociales que limita su afrontamiento adecuado ante la situación.

En las dimensiones del SF 36 donde comprende: la salud general el 43.1% tiene como resultado una salud regular, en el rol emocional el 49% presenta muy poca salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades. En tanto la dimensión salud mental el 56.9% no sabe si su salud va a empeorar.

En la dimensión de función física el 66.7% nos dan como respuesta que sí, se limitan un poco; muy diferente de la dimensión de rol físico el 54.9% solo algunas vez tuvieron que reducir el tiempo dedicado al Trabajo/problemas emocionales; la dimensión de dolor corporal respondió que el 49% durante las 4 últimas semanas, tuvo un poco de dolor le ha dificultado su trabajo habitual. En las ultimas dimensiones la vitalidad el 76.5% se sintió cansado algunas veces y dimensión función social el 47.1% solo alguna vez su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales o familiares.

Resultados semejantes nos muestra Alberca<sup>21</sup> 2011, con respecto a la escala Funcional, que comprende: el estado físico, rol, estado emocional, aspecto social y cognitivo de su estudio. Se observa que el mayor porcentaje 98.7% de los pacientes refirieron tener frecuente o siempre afectado la sub dimensión emocional. En cuanto a la escala global de la calidad de vida, los resultados del estudio, tanto para la Condición Física General (76%) como para la Calidad de vida General (70%) la mayoría de pacientes refirieron encontrarse de un estado Muy malo hacia Regular.

Palacios<sup>22</sup>, 2010 encontró El porcentaje de respuesta fue adecuado (81,3%); el 100 % de las participantes mostraron buena calidad de vida, menor puntaje fueron salud general y rol emocional. En relación al primero, sus posibles causas

son el dolor, la fatiga y la limitación para el desarrollo de las actividades cotidianas, síntomas que persisten años después de la mastectomía.

En Lambayeque, el único estudio sobre calidad de vida en mastectomizadas es el de Soto-Cáceres<sup>24</sup>, en el 2012, en el que se evaluó la calidad de vida en pacientes utilizando el cuestionario EORTC QLQ-BR2; sin embargo compara a mujeres con y sin mastectomía radical, hallando que no existían diferencias en la calidad de vida entre ellas.

El SF 36 no es específico para pacientes con cáncer de mama, sin embargo ha resultado útil para evaluar la calidad de vida en otros pacientes con cáncer.

Es recomendable la evaluación de la calidad de vida de la paciente con mastectomizadas, dentro de un programa de seguimiento con un equipo multidisciplinario para incorporar en forma temprana intervenciones psicosociales.

Respecto a la calidad de vida de las mujeres con mastectomía tenemos que el mayor porcentaje 80% percibieron una calidad de vida. En razón a la variable significativa de calidad de vida en el presente estudio.

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

Por lo tanto, la enfermera se en base a las teorías de la calidad de vida y el autocuidado da las mejores soluciones, fomenta el cambio de conducta inadecuada y reduce las emociones negativas acerca de la situación que se presente. Fundamentándolo en la teoría de Dorotea Oren “El auto cuidado” que se puede observar como la capacidad de un individuo para hacer todo lo necesario para vivir y sobrevivir en las actividades de bienestar.

Las habilidades de cuidado personal están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que actúa la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y repertorio para mantener, y la capacidad de hacer frente a las dificultades que se encuentran a lo largo de su historia .<sup>21</sup>

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 Conclusiones**

En el presente estudio concluimos que la calidad de vida de las mujeres con mastectomía que acuden al Hospital Regional Docente las Mercedes tiene una salud general regular en el 43.1%.

También dentro de la dimensión de rol físico se obtuvimos que se encuentran limitadas en su rol físico el 54.9% de las mujeres con mastectomía por lo que cabe recalcar que es muy importante que las pacientes reciban terapia física adicional a su tratamiento para no tener muchas limitaciones en esta dimensión.

El 49% de las mujeres con mastectomía presentan problemas emocionales y han dificultado sus actividades. Su salud mental en las mujeres con mastectomía el 56.9% no sabe si su salud va a empeorar. Es donde identificamos la importancia del cuidado humanizado e integral que los profesionales de salud, sobretodo el profesional de enfermería debe fortalecer y poner en práctica en este tipo de pacientes, puesto que el estado emocional juega un papel muy importante en su recuperación es por ello que debemos enfocar parte de cuidado en la parte psicosocial y reforzar su autoestima para ayudarlas en su recuperación de esta manera lidiar con su enfermedad incentivándolas a mejorar su calidad de vida.

### **6.2 Recomendaciones:**

Se recomienda la creación de un programa de salud específico para atender a mujeres con mastectomía, en donde podrá enfrentar sus temores, reestructurar sus ideas a nivel, físico, emocional y sexual

Establecer sistemas y convenios de apoyo integrado por el ministerio de salud, municipalidad y sector académico universitario para mejorar la calidad de vida en mujeres con mastectomía en estas pacientes a través de la información, educación y comunicación.

Se recomienda realizar estudios de investigación, sobre características sociodemográficas de la mujer con mastectomía para mejorar su calidad de vida.

## Bibliografía

1. cancer AECE. Cancer por localizacion, cancer de mama. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio 12. Available from: <https://www.aecc.es/>.
2. Mariscal C M. Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cancer de mama. [Online].; 2006 [cited 2015 Octubre 20. Available from: <http://handle.net/10045/13253>.
3. Salas Z C. Calidad de Vida y factores Asociados en Mujeres con Cancer de Mama, inscritas en los Programas de Tratamiento Oncologico. [Online].; 2009 [cited 2016 Marzo 30 [Tesis Magistral]. Available from: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/680/1/Calidad%20de%20vida%20y%20C%3%A1ncer%20de%20mama.pdf>.
4. Ruiz C P. Estudio sobre la Calidad de vida en Mujeres Supervivientes al Cancer de Mama. [Online].; 2015 [cited 2016 Marzo 30 [Tesis Doctoral]. Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45520/1/TESIS%20COMPLETA-Paula.pdf>.
5. (OPS) OPdS. Cancer de mama. [Online].; 2014.
6. Minsa. Semana Peru contra el Cancer. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 14. Available from: <http://www.inen.sld.pe/portal/prensa/notas/670-np-048-14.html>.
7. Justo N W N J B L S C E. A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. [Online].; 2013 [cited 2016 Julio 2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442305>.
8. C VS, H G, Abugattas J, Marcelo M, F D, S N, et al. Clinicopathologic, molecular subtype, and survival prognostic features in premenopausal breast cancer patients by age at diagnosis. [Online].; 2010 [cited 2016 Enero 18. Available from: [http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2010.28.15\\_suppl.653](http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2010.28.15_suppl.653).



9. Diaz P J, Hernandez M P, A BV. Informe Registro Hospitalario de Cancer. [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 30. Available from:  
<http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/informe-2010-2011.pdf>.
- 10 Diaz Velez C. Boletin de Registro Hospitalario de Cancer 2007-2012.  
· [Online].; 2010 [cited 2014 Febrero 12. Available from:  
[www.slideshare.net/cristiandiazv/registro-hospitalario-decncer-2007-2012](http://www.slideshare.net/cristiandiazv/registro-hospitalario-decncer-2007-2012).
- 11 Parkin DM BFDS. Cancer burden in the year 2000. The global picture.  
· [Online].; 2001 [cited 2016 Enero 13 [PMID: 11602373]. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11602373>.
- 12 A. R. Calidad de Vida en pacientes intervenidas de cancer de mama.  
· [Online].; 2012 [cited 2016 Marzo 20. Available from:  
[http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl\\_2072\\_181264/TR-RoyoAznar.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf).
- 13 Mones J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cual es su importancia?  
· [Online].; 2004 [cited 2016 Mayo 13. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=954794>.
- 14 Ruiz PyAM. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o mas años  
· con cancer de mama, desde una perspectiva enfermera. [Online].; 2012  
[cited 2016 Marzo 15. Available from:  
<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45520/1/TESIS%20COMPLETA-Paula.pdf>.
- 15 Mejia M. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres  
· sometidas a masceetectomia. [Online].; 2012 [cited 2016 Abril 25.  
Available from:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejiarojas.2012.pdf>.

- 16 Mera P. La relacion del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres con Cancer de mama. [Online].; 2012 [cited 2016 Abril 15. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>.
- 17 Royo A. Calidad de vida en pacientes intervenidas de cancer de mama. [Online].; 2011 [cited 2016 Mayo 18. Available from: [http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl\\_2072\\_181264/TR-RoyoAznar.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf).
- 18 Guerrero M. Calidad de vida en mujeres con cancer de maama: una revision bibliografica. [Online].; 2015 [cited 2016 Mayo 12. Available from: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1636/1/TFG.\\_Mara\\_Isabel\\_Guerrero\\_Soriano.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1636/1/TFG._Mara_Isabel_Guerrero_Soriano.pdf).
- 19 Espil M. Calidad de vida en las pacientes mastectomizadas, atendidas en el Hospital Essalud Víctor Lazarte Echegaray. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 8. Available from: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/510/2/ESPIL\\_MARCO\\_CALIDAD\\_VIDA\\_MASTECTOMIZADAS\\_CONTENIDO.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/510/2/ESPIL_MARCO_CALIDAD_VIDA_MASTECTOMIZADAS_CONTENIDO.pdf).
- 20 Becerra I:OS. Relacion entre afrontamiento y bienestar psicologico en pacientes con cancer de mama. [Online].; 2014 [cited 2016 Febrero 28. Available from: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5176>.
- 21 Alberca C. Calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cancer del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. [Online].; 2012 [cited 2016 Abril 11. Available from: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/324/1/Alberca\\_cd.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/324/1/Alberca_cd.pdf).

- 22 Palacios M. Calidad de vida en mastectomizadas por cancer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 11. Available from:  
[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/228/1/TL\\_Palacios\\_Benzaquen\\_MelissadelPilar.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/228/1/TL_Palacios_Benzaquen_MelissadelPilar.pdf).
- 23 Asencio A. Resilencias y estilos de afrontamiento en mujeres con cancer de mama de un hospital estatal de Chiclayo. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 15. Available from:  
[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/438/1/TL\\_Ascencio\\_Puicon\\_AnaisJackelin.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/438/1/TL_Ascencio_Puicon_AnaisJackelin.pdf).
- 24 Soto-Caceres R, Soto-Caceres V. Nivel de percepcion de calidad de vida en las pacientes con y sin intervencion quirurgica radical de cancer de mama. [Online].; 2012 [cited 2016 Marzo 30. Available from:  
[http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012\\_pag25-29.pdf](http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag25-29.pdf).
- 25 Gonzales U, Grau JyAM. La calidad de vida como problema de la bioetica. Sus particularidades en la Salud humana. [Online].; 1997 [cited 2016 Febrero 16 [(279-285)]. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006).
- 26 Dulcey-Ruiz E, Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. [Online].; 1999 [cited 2016 Agosto 15 [(128-136)]. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- 27 Quintero G. Calidad de Vida y envejecimiento. [Online].; 1996 [cited 2016 Junio 2. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.

- 28 Mantilla G, Marquez A. Envejecimiento, Experiencias y Perpectivas.
  - [Online].; 1996 [cited 2016 Julio 15. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- 29 R F, P. G. Calidad de Vida: consideraciones en geriatría. [Online].; 1998
  - [cited 2016 Marzo 13. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- 30 Felce D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. Research
  - in Developmental. [Online].; 1995 [cited 2016 Junio 1 [Deisabilities  
16(1):51-74]. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- 31 Sen A. El desarrollo como libertad. [Online].; 2001 [cited 2016 Enero 21
  - [(19-76)]. Available from:  
[http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01](http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf)
- 32 Villaverde ML FLGRMACR. Salud mental en población institucionalizada
  - de 65 años en la Isla de Tenerife. [Online].; 2000 [cited 2016 Mayo 28  
[35(5):277-282]. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- 33 Patrick D EPHP. Health Care Evaluation and Resource Allocation.
  - [Online].; 1993 [cited 2016 Setiembre 12. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- 34 Naughton MJ SSARCS. Psychological Aspects of HealthRelated Quality of
  - Life Measurement. [Online].; 1996 [15:115-131]. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- 35 Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos
  - conceptuales. [Online].; 2003 [cited 2016 Junio 15. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.

- 36 Botero de Mejia B, Picon Merchan M. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una APROXIMACIÓN TEÓRICA. [Online].; 2007 [cited 2016 Agosto 31. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.
- 37 Rubio R, Rico ACJ. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. [Online].; 1997 [cited 2016 Marzo 30. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.
- 38 Fernández-Ballesteros R ZMMA. Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. [Online].; 1997 [cited 2016 Julio 11. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.
- 39 Hunt S MEJMKS. Measuring health status. [Online].; 1986 [cited 2016 Agosto 15. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.
- 40 Ware J BRDALK. Choosing measures of health status for individuals in general populations. [Online].; 1981 [cited 2016 Setiembre 20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.
- 41 Vilagut G FMRLRPPMGQJea. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. [Online].; 2005 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/gv/v19n2/revision1.pdf>.
- 42 Herdman M. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. [Online].; 2005 [cited 2016 Octubre 2. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/gv/v19n2/revision1.pdf>.
- 43 Datos bibliograficos: Calidad de vida. [Online].; 2011 [cited 2016 Mayo 12. Available from: [http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Calidad\\_de\\_vida&oldid=556803](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Calidad_de_vida&oldid=556803).

- 44 García A NACJAJRYFFea. Cáncer de mama. Guía para la gestión de procesos asistenciales relacionados con el cáncer: proyecto oncoguías. [Consultado. [Online]. Available from: [www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/mejora-practicas-clinicas/gestion-procesos-oncologicos-oncoguias](http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/mejora-practicas-clinicas/gestion-procesos-oncologicos-oncoguias).
- 45 Rodríguez Martínez M. Rodríguez Martínez MJ. Cáncer de mama Información imprescindible sobre tumores cancerígenos [en línea] Suite. 2013. [Online].; 2013 [cited 2016 Abril 8. Available from: Rodríguez Ma <http://suite101.net/article/cncer-de-mama-a5179>.
- 46 española. A. Cáncer de mama. Elección del tratamiento. [Online].; 2014 [cited 2016 Febrero 21. Available from: [www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMA/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx27](http://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMA/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx27).
- 47 Virues ERA. Estudio sobre ansiedad. [Online].; 2005 [cited 2016 Julio 13. Available from: <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/>.
- 48 P.A. A. El cáncer y la depresión. En: Manual de Psicooncología. [Online].; 2006 [Capítulo 10: 217- 218]. Available from: <http://studylib.es/doc/208330/nuevo-manual-de-psicooncolog%C3%ADa>.
- 49 OMS. Salud mental. [Online].; 2014 [cited 2016 Mayo 13. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
- 50 OMS. [Online].; 2011. Available from: <http://WWW.Who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>.
- 51 Vázquez J ARBA. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 3. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PISC1010220433A/15069>.

- 52 Bañón I CJAEMGAGFea. Guía de cuidados para mujeres  
· mastectomizadas. [Online].; 2009 [cited 2016 Abril 11. Available from:  
<http://www.dep21.san.gva.es/deporihuela/wp-content/uploads/2009/12/GUIA-MAMA.pdf>.
- 54 Solca IO. “Departamento de estadísticas”. [Online].; 2012 [cited 2016  
· Agosto 20. Available from:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3549/1/Tesis%20Completa.pdf>  
·
- 55 Salcedo Álvarez RA GCBJMANRVCODERM. Autocuidado para el control  
· de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una  
aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. [Online].; 2012 [cited  
2016 Setiembre 28. Available from:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000300004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004&lng=es).
- 56 D BM. Desarrollo teórico de enfermería.. [Online].; 2012 [cited 2016  
· Agosto 15. Available from: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tp-n-2-Leonera/70221538.html>.
- 57 Schaurich D COM. Produção do conhecimento sobre teorias de  
· enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007.. [Online].; 2010  
[cited 2016 Julio 14. Available from:  
[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt).
- 58 Taylor SG. Dorothea E. Orem. teoría del déficit de autocuidado. [Online].;  
· 2007 [cited 2016 Octubre 26. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004).

- 59 M. PA. Explorando la teoría general de enfermería de Orem.. 2011`citado  
· 9 Jul 2014];10(3): 163-67. [Online].; 2011 [cited 2016 Agosto 13. Available from:  
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>.
- 61 Marcos Espino MP TBE. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un  
· caso de una persona con dolor neoplásico.. [Online].; 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>.
- 62 SG. T. Defining clinical populations from self-care deficit theory (SCDT)  
· perspective. [Online].; 2010. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004).
- 63 CA. LR. Enfermería ciencia y arte del cuidado.. [Online].; 2006. Available  
· from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es).
- 64 Planificacion Md. Guía para la flexibilidad y el autocuidado. Chile.  
· [Online].; 2012 [cited 2016 Agosto 2. Available from:  
<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/5427682154ba8c2683ac7e.pdf>.
- 65 Ferriols R. FF,AM,MJ. Calidad de Vida en Oncología Clínica. 1995  
· [Acceso: 12 de mayo del 2012]. [Online].; 1995 [cited 2016 Junio 30. Available from: [http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315\\_322.PDF](http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF).
- 66 N RDB. Control de calidad de la atención de salud. Educ Med Super  
· [revista en la Internet]. 2006. [Online].; 2006 [cited 2016 Mayo 10. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412006000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412006000100008&lng=es).



- 67 cancer INd. Cancer de mama. [Online]. Available from:  
· <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/?CdrID=444971>  
·
- 68 AECC. Cancer de mama. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 20. Available  
· from:  
· [:\(https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx\)](https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx).
- 69 SV C. Metodología. [Online]. Available from:  
· <https://es.scribd.com/doc/308761187/metodologia>.
- 70 WJ. SF-36 health survey update. Spine. [Online].; 2000 [cited 2015  
· Diciembre 10. Available from: 25:3130-9.



---

# Su Salud y Bienestar

---

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una  la casilla que mejor describa su respuesta.

*¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

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

<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Excelente	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Muy buena	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Buena	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Regular	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>6</sup>

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
b estuvo muy nervioso? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
d se sintió calmado y tranquilo? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
e tuvo mucha energía? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
f se sintió desanimado y deprimido? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
g se sintió agotado? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
h se sintió feliz? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
i se sintió cansado? .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
b Estoy tan sano como cualquiera .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
c Creo que mi salud va a empeorar .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
d Mi salud es excelente .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

*Gracias por contestar a estas preguntas*

## Anexo II

# DECLARACIÓN JURADA

### Desarrollo de Tesis

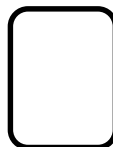
Yo Díaz Vásquez Claudia Fiorella.; Pacherras Ochoa Claudia Elizabeth con DNI N° 46371260 y con DNI N° 73201573 con Código N° 2112815167 y / 2111811410 estudiantes de la modalidad de Presencial del ciclo Décimo de la Escuela de enfermería y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán.

#### DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

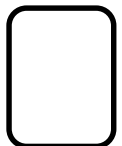
1. Somos autores del proyecto e informe de investigación titulada: Calidad de vida en mujeres con mastectomía, del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo 2016. la misma que se presentó para optar por Lic. En enfermería.
2. Que, el título de investigación es auténtico y original.
3. Que, el proyecto e informe de investigación presentado no ha sido plagiada ni de forma total o parcialmente.
4. He respetado las normas de citas y referencias para las fuentes consultadas.
5. Que, el proyecto e informe de investigación presentada no atenta contra los derechos de autor.
6. Los datos presentados en los resultados reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.
7. El proyecto e informe de investigación no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

Asumo frente UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN cualquier responsabilidad y cargas económicas que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis. En consecuencia, me hago responsable frente a la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar ya sea por fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación, asumiendo las consecuencias, sanciones reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis. Bajo el someténdome a la normatividad vigente de la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN

\_\_\_\_\_  
Díaz Vásquez Claudia Fiorella.  
DNI N°



\_\_\_\_\_  
Pacherras Ochoa Claudia Elizabeth  
DNI N°73201573



## **Anexo III**

### **COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

### **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

### **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Institución: Universidad Señor de Sipan**

**Investigadores:**

Díaz Vásquez Claudia Fiorella.

Pacherres Ochoa Claudia Elizabeth

**Título: CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MASTECTOMÍA, DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DOCENTE LAS MERDECES 2016**

**Propósito del Estudio:**

Estamos invitando a participar en un estudio llamado en un estudio llamado: CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MASTECTOMÍA, DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DOCENTE LAS MERDECES 2016, con la finalidad de recabar información valiosa que servirá para nuestra investigación.

**Procedimientos: De aceptar su participación en este estudio se desarrollaran los siguientes pasos:**

1. Posterior al brindarle este consentimiento, se le realizara un cuestionario sf 36 , el cual contiene 11 preguntas relacionadas con el tema, es de carácter anónimo para proteger su identidad.
2. Posteriormente se procesara la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados

**Riesgos:**

**No se prevén riesgos por la participación en el estudio de investigación**

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar por la participación en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

**Confidencialidad:**

Nosotras guardaremos su información con seudónimos. Si los resultados de este estudio son públicos, no se mostrara ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento



**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

\_\_\_\_\_, quienes manejarán la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

**Uso de la información obtenida:**

**Derechos del paciente:**

Si usted decide en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con los investigadores,

\_\_\_\_\_ al teléfono

\_\_\_\_\_. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Participante,  
Padre o  
apoderado**

Fecha :

Nombre:

DNI:

\_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha:

Nombre:

DNI:

## Anexo IV



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
RESOLUCIÓN N° 543- 2016/FCS-USS

Pimentel, 10 de octubre de 2016

**VISTO:**  
El oficio N° 0460-2016/EE-USS, mediante el cual la Directora de Escuela de Enfermería informa sobre modificación del título del proyecto de investigación presentado por la (las) estudiante (s) **DÍAZ VASQUEZ CLAUDIA FIORELLA** y **PACHERRES OCHOA CLAUDIA ELIZABETH**, de la Escuela profesional de ENFERMERÍA.

**CONSIDERANDO:**

Que mediante Resolución N° 360-2016/FCS-USS, de fecha 22 de julio del 2016 se aprobó el Proyecto de tesis denominado: **CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MASTECTOMIA, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DE CHICLAYO 2016**.

Que, la estudiante **DÍAZ VASQUEZ CLAUDIA FIORELLA** y **PACHERRES OCHOA CLAUDIA ELIZABETH**, de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, solicita modificación del título de investigación, debido a que modificará el lugar de ejecución del Proyecto.

Que, la Comisión Permanente de Grados y Títulos de la Escuela de Enfermería acuerda aprobar la modificación del título.

Que, es necesario facilitar el adecuado desarrollo de las Tesis aprobadas con la finalidad de dar continuidad al proceso de investigación.


Estando a lo expuesto, en uso de las atribuciones conferidas y de conformidad con las normas y reglamentos vigentes,

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°:** APROBAR la modificación del título del Proyecto de Tesis denominado: **CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MASTECTOMIA, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DE CHICLAYO 2016;** por el siguiente: **CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MASTECTOMIA, DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO 2016.**

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.**

  
Dr. Senés Leopoldo Acuña Peralta  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

  
Lic. Noa Amalia Zamora Mejía  
Secretaria Académica Facultad de Ciencias de la Salud

CC: Vicepresidencia Académica, EAP, DE, Interesados, Archivo.