



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS POR
CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
TECNOLOGÍA MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

PRESENTADO POR:

AUTORAS: AGUILA QUISPE, MAYRA KELLY

GARRIAZO CASTILLO, VANESSA

ASESOR: MG. VERA ARRIOLA, JUAN AMERICO

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento y poder compartirlo con mi familia.

A mis padres Victor y Nery, por sus enseñanzas, por inculcarme valores y por ser mi motivación para superarme día a día y sobretodo, por su amor infinito.

A mi hermana Cynthia, por ser mi apoyo incondicional, por sus consejos, su paciencia, por confiar en mí, por su ejemplo, por impulsar cada uno de mis pasos y decisiones .

Mayra Aguila Q.

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, quién ha sido mi fuerza, mi inspiración, esperanza, en los momentos más difíciles de mi vida. Ayudándome siempre a vencer cualquier obstáculo y poder salir adelante en mi vida profesional y personal.

A mi familia, especialmente a mi madre Cristina, por guiarme y enseñarme desde que era una niña, ella ha sido un pilar fundamental en mi vida profesional, por brindarme sus consejos, dedicación, confianza, y amor.

Vanessa Garriazo C.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de esta presente investigación.

A la Lic. Irma Barraza, por su apoyo incondicional en la recolección de datos y brindarnos todas las facilidades para acceder a las pacientes, asimismo por su valioso tiempo en la revisión de nuestro trabajo.

A nuestro asesor, el Mg. Juan Vera por brindarnos su ayuda, comprensión y guía en cada paso de la elaboración de nuestro trabajo.

A todas las pacientes que de forma voluntaria aceptaron participar en nuestra investigación, por su disposición y buena voluntad. Ellas han hecho posible que este proyecto se haya convertido en realidad y constituyen el pilar fundamental de nuestros esfuerzos.

ASESOR

Mg. Vera Arriola, Juan Americo

JURADO

PRESIDENTE: Dr. Javier Casimiro Urcos

SECRETARIA: Mg. Yolanda Reyes Jaramillo

VOCAL: Mg. Hugo Cerdán Cueva

INDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1	Planteamiento del problema	13
1.2	Formulación del problema	16
1.3	Justificación	17
1.4	Objetivo	19
1.4.1	General.....	19
1.4.2	Específicos	19

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes.....	20
2.2	Base teórica.....	27
2.3	Hipótesis.....	43
2.4	Variable	43
2.5	Definición operacional de términos.....	45

CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1	Tipo de investigación	46
3.2	Ámbito de investigación	46
3.3	Población y muestra	46
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.5	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	49
3.6	Aspectos éticos.....	49

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1	Resultados.....	50
4.2	Discusión	64

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	69
5.2	Recomendaciones.....	70

REFERENCIAS	71
-------------------	----

ANEXOS	76
--------------	----

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Edad promedio de la muestra	50
TABLA N°2: Distribución de la muestra por grado de instrucción	50
TABLA N°3: Distribución de la muestra por estado civil	51
TABLA N°4: Distribución de la muestra por ocupación	52
TABLA N°5: Distribución de la muestra de acuerdo a tipo de mastectomía.....	53
TABLA N°6: Distribución de la muestra por disección de ganglios	54
TABLA N°7: Distribución de la muestra según quimioterapia	55
TABLA N°8: Distribución de la muestra según radioterapia	56
TABLA N°9: Distribución de la muestra según vendaje	57
TABLA N°10: Distribución de la muestra por ejercicios fisioterapéuticos	58
TABLA N°11: Salud actual de la muestra.....	59
TABLA N°12: Salud actual respecto a la de hace un año	60
TABLA N°13: Componente Salud Física-Promedio de la muestra.....	61
TABLA N°14: Componente Salud Mental-Promedio de la muestra.....	62
TABLA N°15: Calidad de Vida Promedio por componentes.....	63

INDICE DE FIGURAS

FIGURAN°1: Distribución por grado de instrucción.....	51
FIGURAN°2: Distribución por estado civil	52
FIGURA N°3: Distribución de la muestra por ocupación	52
FIGURA N°4: Distribución de la muestra de acuerdo a mastectomía	53
FIGURA N°5: Distribución de la muestra por disección de ganglios	54
FIGURA N°6: Distribución de la muestra según quimioterapia	55
FIGURA N°7: Distribución de la muestra según radioterapia.....	56
FIGURA N°8: Distribución de la muestra según vendaje	57
FIGURA N°9: Distribución de la muestra por ejercicios fisioterapéuticos.....	58
FIGURA N°10: Salud actual de la muestra	59
FIGURA N°11: Comparación de la salud actual y la de hace un año.....	60
FIGURA N°12: Componente Salud Física-Promedio de la muestra.....	61
FIGURA N°13: Componente Salud Mental-Promedio de la muestra	62
FIGURA N°14: Componente de Vida por componentes.....	63

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Calidad de Vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima-Perú, 2018.

Diseño Metodológico: Esta investigación es de tipo descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo. Tiene un diseño no experimental. Se evaluó a 100 pacientes mastectomizadas a quienes se les aplicó el cuestionario SF-36.

Resultados: Participaron un total de 100 pacientes, cuya edad promedio fue 59.1, donde el 61% eran casadas; 55% tenían estudios superiores, el 50% eran amas de casa. El 65% de las pacientes tuvo una mastectomía total, al 93% se les realizó disección de ganglios, el 86% recibieron quimioterapia y el 68% recibieron radioterapia, el 80% no utilizó vendaje de contención y el 94% realizaron los ejercicios fisioterapéuticos. Se evidenció que la Calidad de Vida respecto al Componente Salud Física obtuvo un puntaje de 54 y el Componente Salud Mental 65, lo que indica que tienen una Calidad de Vida Media con respecto a ambos componentes. En el Componente Salud Física la dimensión Función Física obtuvo el mayor puntaje y la dimensión Rol Físico obtuvo el menor puntaje. En el Componente Salud Mental la dimensión que obtuvo el mayor puntaje fue Salud Mental y la dimensión con el menor puntaje fue Rol Emocional.

Conclusiones: La Calidad de Vida en los pacientes mastectomizadas por cáncer de mama presenta una puntuación media, lo cual indica que su estado de salud se encuentra disminuido.

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

ABSTRAC

Objective: To determine the Quality of Life in mastectomized patients for breast cancer attending the Rehabilitation Program in a hospital in Lima-Peru, 2018.

Methodological Design: This research is of a descriptive, transversal and quantitative approach. It has a non-experimental design. We evaluated 100 mastectomized patients to whom the SF-36 questionnaire was applied.

Results: A total of 100 patients participated, whose average age was 59.1, where 61% were married; 55% had higher education, 50% were housewives. 65% of patients had a total mastectomy, 93% underwent lymph node dissection, 86% received chemotherapy and 68% received radiotherapy, 80% did not use containment bandage and 94% did physiotherapy exercises. It was evidenced that the Quality of Life with respect to the Physical Health Component obtained a score of 54 and the Mental Health Component 65, which indicates that they have a Quality of Average Life with respect to both components. In the Physical Health Component, the Physical Function dimension obtained the highest score and the Physical Role dimension obtained the lowest score. In the Mental Health Component, the dimension that obtained the highest score was Mental Health and the dimension with the lowest score was the Emotional Role.

Conclusions: The Quality of Life in patients mastectomized for breast cancer presents an average score, which indicates that their state of health is diminished.

Key words: Quality of life, mastectomy, breast cancer.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En el 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones¹.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe (ALCA), tanto en número de casos nuevos como en número de muertes. La proporción de mujeres fallecidas por cáncer de mama con menos de 65 años es más alta en ALCA (57%) que en Norteamérica (41%)².

En el Perú el cáncer constituye un problema de salud pública por su alta mortalidad, así como por la discapacidad que produce. Los tipos de cáncer más frecuentes en el Perú son el de cérvix, estómago, mama, piel y próstata. El cáncer de mama representa la segunda neoplasia más frecuente en nuestro país, afecta a la mujer adulta y es una causa importante de carga de enfermedad³.

Según la OMS, en el Perú al año se presenta cerca de 4 mil nuevos casos de Ca de mama y fallecen alrededor de 4 mujeres diariamente. Esta enfermedad aparece generalmente en mujeres entre los 40 y 50 años y no presenta síntoma en etapa inicial, pues el 85% de los casos de cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados y sólo 15 % en etapa inicial⁴.

La mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en etapas iniciales (I y II), si reciben tratamiento, tienen un buen pronóstico, con tasas de supervivencia a 5 años del 80% al 90 %⁵.

La Asociación Americana del Cáncer (AMERICAN CANCER SOCIETY) refiere que en la mayoría de las mujeres afectadas se emplea algún tipo de cirugía como parte del tratamiento; como la mastectomía, que puede ser claramente una mejor opción debido al tipo de cáncer, tamaño del tumor, antecedentes de tratamiento u otros factores⁶.

Como intervención efectiva para el tratamiento del cáncer de mama, la mastectomía es considerada un procedimiento quirúrgico agresivo y mutilador que compromete la salud de la mujer en las dimensiones biológica, social y psicológica⁶. Según datos de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas el 70% de mujeres sometidas a extirpación de mamas, experimentan algún tipo de trastorno mental: ansiedad y depresión que, en los casos más extremos, pueden terminar en suicidio⁴.

Las mujeres que han sido sometidas a mastectomía se ven enfrentadas a una serie de interrogantes, miedos y angustias que no son capaces de enfrentar solas, llegando a presentar un considerable grado de preocupación e inseguridad, lo cual incide en su calidad de vida, ya que tanto el diagnóstico del cáncer como la extirpación de la mama son dos situaciones que amenazan la integridad física y que pueden llegar a desestructurar a la mujer si esta no logra elaborar mecanismos de asimilación adecuados o adaptativos que le permitan seguir con el proceso de curación y con su vida⁷.

La calidad de vida de la mujer mastectomizada puede verse perturbada tanto a nivel físico, psicológico, social y laboral lo cual dificulta su rehabilitación completa, surgiendo cambios importantes así como consecuencias y complicaciones que a menudo se presentan por este tipo de tratamiento, dentro de ellos los más frecuentes son: preocupación ante la recidiva de la enfermedad, linfedema, síndromes dolorosos crónicos, restricciones articulares de miembro superior, limitación en la destreza manual, ansiedad, depresión, disminución del autoestima e imagen corporal, además afecta las relaciones familiares, de pareja y sexualidad⁷.

La motivación de este estudio surge de las vivencias obtenidas durante el ejercicio profesional en el área de rehabilitación en un Hospital Nacional de Lima, donde mediante el contacto directo se ha podido observar que las pacientes luego de ser sometidas a una mastectomía producto del cáncer experimentan cambios en todos los aspectos de su vida, debido a esta realidad sanitaria y social, nuestro estudio pretende determinar como la mastectomía puede influir 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 en el campo de la Fisioterapia, podremos ayudarlas en su recuperación física, esperando que sea este un aporte a los demás profesionales de la salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Pregunta general

- ✓ ¿Cuál es la Calidad de Vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018?

1.2.2 Preguntas específicas

- ✓ ¿Cuál es el Componente Físico de la Calidad de Vida de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018?
- ✓ ¿Cuál es el Componente Mental de la Calidad de Vida de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018?
- ✓ ¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el cáncer que ocupa el primer lugar en frecuencia en las mujeres del mundo, y las muertes relacionadas con el cáncer de mama ocupan el tercer lugar entre todas las muertes por cáncer. Sin embargo, se ha visto una disminución en su mortalidad, esto debido al incremento de programas de detección temprana, lo que permite llevar a cabo tratamientos menos agresivos y aumentar la supervivencia de las pacientes.

Los tratamientos del cáncer, entre ellos la mastectomía, producen cambios físicos, emocionales y psíquicos que interfieren con la vida diaria de la paciente y la de sus familiares, presentando algunas complicaciones como: dolor agudo o crónico, fatiga, déficit de movilidad, linfedema, edema, alteraciones del sueño, entre otras.

Las mujeres mastectomizadas se llenan de dudas y miedos que no son capaces de sobrellevar solas, presentando gran preocupación, pudiendo estar presente tanto durante la intervención como una vez mastectomizadas, lo cual repercute de manera significativa en su calidad de vida.

El concepto calidad de vida en el área de la salud es, relativamente, reciente y cobra cada vez mayor importancia, esto debido al cambio que se viene dando en los sistemas de salud, que muestran interés en el estado de la salud de la persona de forma integral, y no como tradicionalmente era concebida, como la simple ausencia de la enfermedad. El estudio de la calidad de vida, mediante la aplicación de escalas de evaluación simples, nos permite obtener datos respecto de aquellos factores que pueden influir de forma significativa en la vida de la persona y tomar medidas oportunas para reintegrarlas a la sociedad.

Además, esta información puede mejorar el enfoque de las intervenciones terapéuticas realizadas por los distintos profesionales de la salud involucrados en la rehabilitación postmastectomía, en especial la de los fisioterapeutas. Los fisioterapeutas deben identificar precozmente las complicaciones derivadas de la mastectomía orientado a disminuir los riesgos o limitaciones del miembro y la pérdida de su capacidad funcional afectando en su proceso de recuperación y calidad de vida. La fisioterapia ayuda tanto a prevenir complicaciones como a tratar las que se presenten y mantener las mejoras conseguidas, promover y enseñar a las pacientes a adquirir independencia a fin de facilitar su integración al medio social en el cual se desenvuelve.

Por este motivo, este estudio se basó en describir la calidad de vida de cada paciente con diagnóstico de cáncer de mama sometida a mastectomía, así como las variables en sus diferentes dimensiones, para poder tener una mejor visión en el manejo del tratamiento en este tipo de pacientes. Además, los resultados de esta investigación pueden aportar conocimientos a la práctica disciplinaria y al bienestar de las mujeres, además de favorecer a tener una perspectiva sobre el estado de salud de la persona que enfrenta esta situación.

La importancia de nuestro estudio es debido a que, dentro de la atención en fisioterapia, uno de nuestros objetivos es brindar un cuidado integral y especializado a la persona, familia y comunidad, como parte del proceso de rehabilitación.

Este estudio pretende ser motivo de reflexión sobre la importancia de la valoración de la calidad de vida para la detección y manejo de los problemas de salud que afectan a las mujeres mastectomizadas durante su proceso de rehabilitación.

1.4 OBJETIVO

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la Calidad de Vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima-Perú, 2018.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el Componente Físico de la Calidad de Vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018.
- ✓ Identificar el Componente Mental de la Calidad de Vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018.
- ✓ Describir las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gardikiotis I, Manole A, Azoică D. (2015). En su artículo "Calidad de vida con mastectomía para el cáncer de mama, en términos de las respuestas de las pacientes del cuestionario SF-36". Su objetivo fue describir la calidad de vida de las pacientes con mastectomía realizadas por cáncer de mama. El estudio se llevó a cabo entre octubre de 2014 y enero de 2015, en una muestra de 23 pacientes con mastectomía, utilizando el cuestionario SF-36 (Short Form-36) en una sola visita, con preguntas directas a los pacientes; un instrumento secundario fue un cuestionario anamnésico general que se refiere al grupo de edad, área de residencia, tipo de cirugía, enfermedades asociadas, antecedentes familiares, traumas psicoemocionales. Sus resultados fueron: el perfil general del caso estudiado fue: mujer de 40-49 años (47.8%), del área urbana (82.6%), con antecedentes familiares de patología neoplásica (43.5%), con traumas psicoemocionales (73.9%).) y una salud general autoevaluada como "moderada" (26.1%), con "mucho energía" solo "parte del tiempo" (43.5%), "sensación de agotamiento" (43.5%) y "reducción la cantidad de tiempo empleado en el trabajo u otras actividades "(69.6%), con "moderado "(34.8%) o incluso "intenso" (21.7%) "dolor corporal", "parte del tiempo" sintiéndose "muy nervioso" (43.5%) y "tan bajo de moral que nada podría animarle "(39.1%). La correlación más fuerte se encontró entre la variable "reducir la cantidad de tiempo invertido en el trabajo y otras actividades" como resultado de "Salud física" (Rol físicos) y "trabajo limitado u otras actividades" ($r = 0,8981$). Conclusiones: Aplicación del cuestionario SF-36 en mujeres con mastectomía por CA Resaltó que las actividades moderadas y extenuantes estaban limitadas a aproximadamente la mitad de los casos encuestados, el dolor somático que afectaba su trabajo y las actividades normales y la salud física y emocional influyeron en la actividad social de los pacientes durante más de la mitad. Es necesario ampliar el estudio para proporcionar datos relevantes sobre la calidad de vida de estos pacientes en el centro social, económico y cultural de Rumania.

Ruiz P. (2015) en su tesis “Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama”. Tuvo como objetivo estudiar la calidad de vida (CV) en mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama. Realizó un estudio observacional y transversal. Con 120 mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años de diagnóstico. Sus instrumentos de medida fueron los cuestionarios de la EORTC QLQ-C30+ BR23 adaptados. Sus resultados fueron: La edad media de la muestra es de 51,76 años (D.E. 8,97), el 72,5% están casadas, el 46,7% tienen 2 hijos, 38,3% han sido sometidas a cirugía conservadora, y el 58,3% recibieron quimioterapia+ radioterapia+ terapia hormonal. Tras la realización del análisis factorial se destacan las siguientes dimensiones: problemas del brazo (22,5% de estas mujeres tienen alterada la CV), estado físico (20%), satisfacción de la imagen corporal (22,5%), estado emocional (20,8%), funcionamiento social (7,5%), funcionamiento sexual (60%), problemas de alimentación (2,5%) y molestias en la mama (38,3%). En conclusión, tres de cada cuatro mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama, tienen alterada su CV que se ve afectada por las siguientes secuelas: problemas del brazo, estado físico, problemas de alimentación, problemas de la mama, insatisfacción de la imagen corporal, el estado emocional, el funcionamiento social y sexual. Todas estas mujeres presentan una o más secuelas, aunque sean en un grado leve. Más del 80% de estas mujeres, padecen problemas del brazo, alteraciones del estado físico, mal estado emocional. Palabras clave: cáncer de mama, calidad de vida, supervivientes, enfermería.

Hundelhausen M, Julio A, Meza E, Pérez K, Ripoll A. (2015) en su tesis titulada: “Calidad de vida en mujeres mastectomizadas en dos instituciones de Cartagena en el año 2015” tuvo como objetivo describir la calidad de vida de mujeres sometidas a mastectomía en dos instituciones de Cartagena. Para ello realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo, utilizando como instrumento el cuestionario SF 36. Se realizaron 50 entrevistas; se encontró que las mujeres mastectomizadas tuvieron una alta calidad de vida; La edad promedio fue de 55 años. Las dimensiones de calidad de vida con menor puntaje fueron: salud general (58.5), vitalidad (60) y salud mental (60), resultado debido a la percepción negativa que tenían las mujeres acerca de su estado de salud.

En conclusión, las mujeres sometidas a mastectomía después de la intervención quirúrgica mantienen un nivel alto de calidad de vida.

Miranda P, Almeida J, et al. (2013). En su artículo “La calidad de vida de brasileñas sobrevivientes del cáncer de mama”. Su objetivo fue comparar la calidad de vida de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama con la de mujeres que no sufrieron la enfermedad, e identificar los factores asociados. Estudio transversal en el que el grupo de comparación envuelve a las sobrevivientes de cáncer de mama con entre 40 y 69 años. Fueron incluidas 154 mujeres, 70 sobrevivientes del cáncer de mama y 84 no afectadas. El cuestionario SF-36 fue utilizado para evaluar la calidad de vida. El test chi-cuadrado y los modelos lineales multivariados fueron utilizados en la comparación de los grupos. La media estimada de los componentes físicos y mentales fue significativamente mejor para el grupo que sobrevivió a la enfermedad (51,10 y 52,25, respectivamente), en comparación al grupo sin cáncer (47,26 y 47,93, respectivamente). El estudio indicó que las sobrevivientes al cáncer de mama tenían mejor calidad de vida comparadas con aquellas que no padecieron la enfermedad.

Bajuk L, Reich M. (2011) En su artículo “Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama”, cuyo objetivo fue la caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama recibiendo atención médica post-quirúrgica en el instituto nacional de cáncer. La muestra analizada (n=34 mujeres) completó un formulario de datos sociodemográficos y clínicos diseñado ad hoc para este estudio y el cuestionario de salud mos-sf-36 v. 2.0. La media de edad de las participantes fue de 56,06 años. La mayoría de las participantes recibió quimioterapia (73,5%), radioterapia (64,7%) o la combinación de ambos (58,8%). El tipo de cirugía más frecuente fue la mastectomía radical modificada (53%). Se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre variables clínicas, sociodemográficas y el sf-36. Se concluyó que el tipo de cirugía, así como el tratamiento recibido tienen una importante incidencia en la calidad de vida relacionada con la salud de estas mujeres.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Laos K. (2010) en su tesis titulada: “Calidad de vida y la religiosidad en pacientes con cáncer de mama de un hospital general de Lima Metropolitana”. El propósito de este estudio fue evaluar las características de la calidad de vida y la religiosidad en un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y observar si existe relación entre estas variables. Para lograr dicho objetivo se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, la Escala de prácticas religiosas y una Ficha de datos personales a una muestra de 50 pacientes. Esta investigación fue de tipo correlacional y tuvo un diseño no experimental. Los resultados mostraron que las pacientes presentan una calidad de vida promedio a muy alta, presentando un mejor desempeño en su función física; mientras que el área más afectada fue el rol físico. Finalmente se encontraron tres correlaciones significativas entre las variables de estudio, siendo la más importante la correlación entre prácticas religiosas y salud general.

Moyano C, Orozco M. (2018) en su tesis titulada: “Apoyo Social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, lima 2017”. Este estudio tuvo como objetivo general: “Determinar la relación entre apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acude al consultorio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Este estudio fue de enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño fue no experimental, correlacional de naturaleza transversal y observacional. La población fue 127 mujeres. Los instrumentos fueron cuestionarios: apoyo social percibido MOS, y el SF-36 para calidad de vida relacionada a la salud, con 43 preguntas. Resultados: Participaron un total de 127 mujeres con un promedio de edad 54,7%. El grado de instrucción fue secundaria 81,1%. Respecto a la ocupación, fue ama de casa 78,7%. En relación con los antecedentes de cáncer de mama 81,9%. La calidad de vida relacionada a la salud fue muy alta en 48,8%, la dimensión con más alto puntaje fue salud mental 72,4% muy alta. El apoyo social fue 72,4 % alto y en cuanto a las dimensiones 55,1% fue bajo en la dimensión apoyo social instrumental e interacción social; el 53,5% fue bajo en la dimensión apoyo social emocional, 50,4% bajo en la dimensión apoyo afectivo. Llegaron a la conclusión que

existe una relación significativa moderada directamente proporcional entre apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud.

Díaz C, Pacherras C. (2016) en su tesis titulada: “Calidad de vida en mujeres con mastectomía, del servicio de cirugía del hospital regional docente las Mercedes Chiclayo 2016”. 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 se obtuvieron 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.

Cristóbal, Ruíz. (2016), en su tesis titulada: “Calidad de vida e imagen corporal en mujeres mastectomizadas en el Servicio de Oncología del Hospital nacional Cayetano Heredia, lima – 2016”, donde su objetivo principal fue determinar la relación de calidad de vida e imagen corporal en pacientes mastectomizadas en el servicio de oncología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima - 2016. Este estudio es de enfoque cuantitativo, correlacional, no experimental y de corte transversal. El grupo de estudio estuvo conformado por 40 pacientes mastectomizadas. El instrumento utilizado fue de

calidad de vida SF 36 y cuestionario de imagen corporal. Teniendo como resultados: El 80% de pacientes mastectomizadas se encuentran en categoría promedio de calidad de vida, sin embargo al obtener resultados según sus dimensiones, se encontró que un 32.5% en categoría baja de función física y seguido de un índice muy bajo en el rol físico y rol emocional con un 70% y 80%, al respecto al imagen corporal se evidencia que un 60% se encuentran en desfavorable, el 100 % se presentó desfavorable en ambas dimensiones Aspecto físico y Aspecto psicológico. Conclusiones: No existe relación entre calidad de vida e imagen corporal.

Palacios M. (2014), en su tesis sobre “Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque 2008 – 2010”, el presente estudio tuvo como objetivo: Determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama durante los años 2008-2010, después de un año de haber finalizado terapia adyuvante en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Es un estudio de tipo descriptivo, transversal; 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. El proyecto fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, se autorizó la participación mediante consentimiento informado y hoja informativa. 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 encontraron diferencias en la calidad de vida según tipo de terapia adyuvante, tipo de mastectomía y año de cirugía.

En conclusión, se encontró 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.

Espil M (2014), en su tesis titulada “Calidad de Vida en Mastectomizadas. Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo enero 2014”. Donde su objetivo fue determinar la calidad de vida en mastectomizadas, atendidas en el Hospital Es Salud Víctor Lazarte Echegaray, en el mes de enero del 2014 según las dimensiones del SF-12. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, que evaluó 60 pacientes mastectomizadas a quienes se les aplicó el cuestionario SF.12. Sus resultados fueron: El puntaje promedio en las mujeres que solo tuvieron mastectomía fue 53.1+11.4 puntos calificado como buena calidad de vida, donde el Componente Sumario físico (CSF) obtuvo un puntaje de 55.6+12.2 y el Componente sumario mental (CSM) 51.4+14.3. En las que se aplicó quimioterapia obtuvieron como puntaje 44.4 + 11.3, CSF 47.0 + 21.7 y el CSM 42.7+ 9.1. En las que se brindó radioterapia alcanzaron un puntaje de 44.0 + 14.1 CSF obtuvo un puntaje de 39.0 + 25.5 y CSM 47.5+ 6.4. **CONCLUSIONES:** En las pacientes mastectomizadas, sin tratamiento coadyuvante la calidad de vida en salud es buena, mientras que en las que recibieron quimioterapia, radioterapia y radioterapia-quimioterapia, la calidad de vida en salud fue baja. La calidad de vida global fue baja donde los componentes sumarios físico alcanzó buena calidad de vida y el componente mental baja calidad de vida.

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. CALIDAD DE VIDA

Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno⁷.

Según Font la Calidad de vida es la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud, estos diferentes aspectos serían los de funcionamiento físico, psicológico, social, síntomas - efectos secundarios de los tratamientos y la parte espiritual que se ve incrementada la fé, las creencias y los significados interiores de cada paciente; ese bienestar espiritual puede mejorar su salud , su calidad de vida y su capacidad de enfrentar la situación⁸.

Según Arraras la calidad de vida se puede relacionar con todos los aspectos de la Vida de una persona, pero en el campo de la Oncología este término se centra en la salud del paciente y su relación con la enfermedad oncológica y sus tratamientos como el componente de síntomas y efectos secundarios, el funcionamiento físico, el funcionamiento psicológico, y el funcionamiento social⁸.

En los primeros estudios, eran los profesionales quienes evaluaban la situación del paciente, a través de una medición de su actuación o de una valoración general de su CV. Hoy en día existe un acuerdo entre los profesionales en que debe ser el paciente quien mida su calidad de vida por ser un fenómeno subjetivo porque las observaciones de otras personas pueden estar influenciadas por su propia escala de valores y la situación de su vida, que puede ser muy diferente a la del paciente además la valoración de la calidad de vida es temporal y puede variar a lo largo de la enfermedad⁸.

CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud es actualmente uno de los principales indicadores de resultados en salud de las medidas de cuidado y tratamiento del cáncer.

Para Schumaker⁹, 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.⁹, 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.

En el caso del cáncer de mama, la gravedad de la enfermedad y el tratamiento aplicado (cirugía, radioterapia, quimioterapia, entre otras), tienen una clara influencia en la percepción subjetiva de la enfermedad. Los efectos en la calidad de vida relacionada con la salud están también modulados por los rasgos de personalidad, recursos personales, soporte familiar y social disponible y percibido¹⁰.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

1. **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 tratamiento¹¹.
2. **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 sufrimiento¹¹.

3. **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 laboral¹².

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 felicidad¹³.
- Concepto Universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas¹³.
- 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 todo¹³.
- Concepto Dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos¹⁴.
- 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 sociales¹⁴.

CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER DE MAMA

Toda situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades, la calidad de vida guarda una relación directa en la medida en que dichas necesidades son satisfechas¹⁵.

La propia patología del cáncer y su tratamiento, influyen en la calidad de vida de la persona que lo padece; incide sobre aspectos psicológicos (miedo a recidivas, incertidumbre, vulnerabilidad), sociales (ámbito laboral y familiar) y de forma importante también sobre los aspectos físicos¹⁶. Muchas supervivientes han de adaptarse a las secuelas físicas derivadas de los tratamientos oncológicos como mastectomía, cicatrices, linfedema, tratamientos hormonales, quimioterapia, radioterapia, etc. A pesar de que muchas mujeres hacen frente satisfactoriamente a los tratamientos, otras pueden sentirse emocionalmente afectadas debido a cambios en su imagen corporal y su feminidad¹⁷.

COMPLICACIONES FÍSICAS POSTQUIRÚRGICAS QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES

Ganz¹⁸ en su artículo, comenta que los principales síntomas físicos de estas pacientes una vez finalizado el tratamiento primario, son: fatiga, atrofia muscular, dolor, disminución de la función cardiovascular y pulmonar, insomnio y vómitos. Otros estudios como el de Montazeri¹⁷, destaca cinco síntomas que afectan a la calidad de vida de estas mujeres como los más frecuentes: efectos secundarios de las terapias sistemáticas, fatiga, síntomas en la mama, dificultad para dormir y síntomas sobre el brazo.

Prestando especial atención a esta morbilidad en el brazo afectado, son muchos los estudios que relacionan las secuelas y afectaciones postquirúrgicas en el brazo tras el cáncer de mama con efectos negativos sobre la calidad de vida de las pacientes¹⁸.

CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER MASTECTOMIZADA

En nuestra sociedad, los senos son considerados, en la construcción del cuerpo femenino, uno de los principales cimientos que se asienta a la imagen femenina. Así pues, al extirparse la mama ocurrirá un cambio en la imagen corporal de la mujer¹⁹.

Dependiendo del tipo de intervención así será la respuesta emocional que experimente la paciente, de la misma manera el impacto percibido por la misma y las consecuencias socio laboral, psicológicas y social, alterando todas las esferas del ser humano y se manifestará en la paciente con stress, vergüenza, minusvalía, sentimiento de inutilidad, y para la mayoría de las mujeres mastectomizadas representa una crisis personal y difícil de superar lo cual influye en su calidad de vida²⁰.

También se muestra que la capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral. La decisión de una mujer sobre su tratamiento probablemente está influenciada por su edad, la imagen que tenga de sí misma y de su cuerpo, sus esperanzas y temores. Puede que algunas mujeres seleccionen la cirugía de conservación del seno con radiación en vez de una mastectomía por razones de imagen corporal²⁰. Por otra parte, algunas mujeres optan por la mastectomía, sin preocuparse del efecto en su imagen corporal. Tal vez les preocupen más los efectos de la radiación que la forma en que lucirá el seno después del tratamiento. Las mujeres mastectomizadas tienen un significado diferente de la imagen corporal y el ajuste sexual específicamente, la amputación de la mama tiene una connotación muy amplia y repercute tanto en la paciente como en su entorno²¹.

CUESTIONARIO SF-36

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medición de Calidad de Vida Relacionado a la Salud diseñado por Ware a principios de los noventa. Es una escala genérica del estado de salud, psicométricamente sólida, aplicable tanto para pacientes como a la población adulta en general. Informa de estados tanto positivos como negativos de la salud física y emocional de los individuos²².

Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de calidad de vida a nivel mundial.

El SF-36 está constituido por 36 ítems que cubren 8 dimensiones:

1. **Función Física (FF):** Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 preguntas).
2. **Rol físico (RF):** Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).
3. **Dolor corporal (DC):** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).
4. **Salud General (SG):** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 preguntas).
5. **Vitalidad (VT):** Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).
6. **Función Social (FS):** Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).
7. **Rol Emocional (RE):** Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).
8. **Salud Mental (SM):** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen: un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM), mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Los pesos incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población de referencia²³.

2.2.2. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales²⁴.

Actualmente se acepta sin discusión que el cáncer es una enfermedad genética que resulta de alteraciones en el material hereditario, es decir, cambios estructurales a nivel del ADN, los cuales pueden ser en parte heredados y en parte adquiridos en el transcurso de la vida²⁵.

El cáncer de mama se refiere a un tumor maligno que se desarrolló a partir de células en el seno. Por lo general, el cáncer de mama comienza en las células de los lóbulos, que son las glándulas productoras de leche, o los conductos, los conductos que drenan la leche desde los lóbulos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede comenzar en los tejidos del estroma, que incluyen los tejidos conectivos grasos y fibrosos del seno²⁶.

Con el tiempo, las células cancerosas pueden invadir el tejido mamario sano cercano y llegar a los ganglios linfáticos axilares, pequeños órganos que filtran sustancias extrañas en el cuerpo. Si las células cancerosas ingresan a los ganglios linfáticos, entonces tienen una vía hacia otras partes del cuerpo. La etapa del cáncer de mama se refiere a qué tan lejos se han diseminado las células cancerosas más allá del tumor original²⁶.

Los grados de prolongación del cáncer en que los cataloga la unión internacional de control de cáncer son de 4 estadios: ²⁷

- Estadio I: tumores pequeños, sin afectación metastásica de la axila.
- Estadio II: tumores de más de 2 cm o con afectación metastásica de la axila moderada.
- Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva.

- Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado).

FACTORES DE RIESGO

Existen unos factores de riesgo de padecer cáncer de mama, lo que permite identificar a las mujeres con mayor predisposición que puedan entrar en programas de vigilancia que permitan su diagnóstico precoz, o incluso valorar cirugías de reducción de riesgo (en el caso de las mujeres que pertenecen a familias con cáncer hereditario de mama/ovario)²⁷.

- **Edad:** la incidencia aumenta de forma progresiva con la edad hasta los 45-50 años, en que tiende a estabilizarse. En España, la edad media de las mujeres en el momento del diagnóstico es de 56 años. Las campañas de cribado mamográfico comienzan por ello a los 50 años en la mayoría de las comunidades y se extienden hasta los 65 o 70 años.
- **Nivel socioeconómico y lugar de residencia:** las mujeres con más alto nivel educacional, ocupacional y económico, así como las que viven en áreas urbanas presentan mayor riesgo de padecer cáncer de mama.
- **Patrón de paridad “occidental”:** embarazos poco numerosos, el primero en edades muy tardías.
- **Estilo de vida:** se ha asociado un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres con sobrepeso y vida sedentaria.
- **Factores hereditarios:** la existencia de familiares con cáncer de mama y/o ovario es un factor de riesgo importante que aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama. Cuanto mayor sea el grado de relación y más temprana la aparición de casos en una familia, mayor probabilidad habrá de que otro miembro de la familia padezca cáncer de mama. Un tercio de las pacientes con historia familiar de cáncer de mama y/o ovario son portadoras de una mutación heredable en los genes BRCA1 o BRCA2.
- **Lesiones mamarias indicadoras de riesgo:** aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama (adenosis esclerosante, papilomas intraductales, hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobulillar atípica y carcinoma lobulillar in situ).

- **Tratamiento hormonal:** La exposición prolongada a altas concentraciones de estrógenos eleva el riesgo de padecer cáncer de mama. Esto ocurre por ejemplo en mujeres con menarquia precoz, menopausia tardía y que no tienen hijos. No se han relacionado claramente los anticonceptivos o los programas de estimulación ovárica en tratamientos de fertilidad con un mayor riesgo de cáncer de mama. Sí que hay un aumento del riesgo relacionado con la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia (aunque su cuantía depende del tipo de hormonas usadas y de la duración del tratamiento).

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

Su abordaje incluye varios tipos de terapias, complementarias entre sí, como la cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal²⁶.

- **TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Existen dos grandes grupos de cirugía: cirugía radical y cirugía conservadora. La elección de la técnica depende de varios factores, como la localización el tipo y el tamaño del tumor. Los tumores de mayor tamaño y/o con presencia de ganglios linfáticos afectados precisarán de una cirugía radical, mientras que los tumores de menos de un 2-3cm podrán ser candidatos a cirugía conservadora²⁸.

- **TRATAMIENTO ADYUVANTE**

Se denomina tratamiento adyuvante a aquel que se administra tras la cirugía para disminuir el tamaño del tumor y la mortalidad de los pacientes. Ayuda a destruir las células tumorales dispersas. Dentro de este grupo se incluye la quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Si hablamos de tratamiento neoadyuvante, nos referiremos a aquel que se da antes de cirugía, con el objetivo de disminuir el tratamiento tumoral e intentar recurrir a técnicas quirúrgicas menos agresivas²⁹.

- **Radioterapia**

La radioterapia previene el crecimiento de las células tumorales con irradiación. Se puede utilizar para destruir células tumorales mediante radiaciones ionizantes antes o después de la cirugía para disminuir el tamaño de la masa

tumoral o para evitar la diseminación celular durante la cirugía. Su acción también se ejerce sobre el tejido sano cercano al área tumoral, ya que debe hacerse una irradiación con un margen de seguridad. Cada tipo de tejido tendrá una capacidad de reparación variable, por lo que es necesario conocer la dosis de tolerancia de cada tejido para conseguir actuar sobre las células tumorales dañando lo menos posible los tejidos sanos.

La cirugía conservadora con radiación diaria cinco días en semana, durante cinco semanas, obtiene los mismos resultados que la mastectomía. Por ello, la radioterapia es esencial en el tratamiento del cáncer de mama tras la cirugía²⁹. Se suele usar también tras la mastectomía y con intenciones paliativas. En este tipo de radioterapia se emplean dosis de radiación menores, con el objetivo de disminuir la sintomatología del paciente. Se trata de un tratamiento corto y con escasos efectos secundarios asociado. Su uso más frecuente, es para mejorar el dolor secundario a las metástasis óseas. En los casos en que se asocie compresión medular, deberá aplicarse de forma urgente³⁰.

▪ **Quimioterapia**

El objetivo es destruir las células tumorales con diferentes tipos de drogas, tanto cito tóxicas como citostáticas, buscando en el primer caso la desaparición de las células afectas, o su disminución en la capacidad de crecimiento en el segundo caso. Al igual que la radioterapia, se suele usar con mayor frecuencia después de la cirugía, aunque en ocasiones se utiliza para disminuir el tamaño tumoral; esto se denomina quimioterapia neoadyuvante. Estas drogas no son específicas para las células tumorales, actuando también sobre las células sanas, por lo que también tienen efectos deletéreos en las células sanas^{31, 32}.

El tratamiento habitual coadyuvante, consiste en seis ciclos con un período de descanso de cuatro semanas entre cada ciclo. La vía de administración es endovenosa y la asociación entre varios quimioterápicos ha demostrado ser más efectiva³¹.

Los efectos secundarios que se presentan con mayor frecuencia son mareo, náuseas, vómito, alopecia, astenia, pérdida de peso, diarrea, estreñimiento,

dolor, ansiedad, depresión, fatiga, anemia, leucopenia, plaquetopenia, trastornos renales y digestivos³³.

2.2.3. MASTECTOMIA

El término mastectomía proviene del griego (mastos: mama y ektomée: extirpación) y hace referencia a la extirpación de la glándula mamaria³⁴.

Tipos de mastectomías

Hay varios tipos diferentes de mastectomías, en función de cómo se realiza la cirugía y cuánto tejido se extrae.

- **Mastectomía simple (o total)**

En este procedimiento, el cirujano extirpa todo el seno, incluyendo el pezón, la areola y la piel. Dependiendo de la situación, puede o no ser necesario extraer algunos ganglios linfáticos de la axila. La mayoría de las mujeres, si son hospitalizadas, pueden ser dadas de alta al día siguiente³⁵.

- **Mastectomía con conservación de piel**

En este procedimiento, se deja intacta la mayor parte de la piel sobre el seno. Se extirpa solamente el tejido mamario, el pezón y la areola. La cantidad de tejido mamario extirpado es la misma que en la mastectomía simple. Los implantes o el tejido de otras partes del cuerpo se usan al momento de la cirugía para reconstruir el seno³⁵.

- **Mastectomía con conservación del pezón**

La mastectomía con conservación del pezón es una variación de la mastectomía con conservación de piel. En este procedimiento, se extirpa el tejido del seno, pero la piel y el pezón del seno se dejan en su lugar. Después de este procedimiento se puede realizar una reconstrucción del seno³⁵.

- **Mastectomía radical modificada**

Una mastectomía radical modificada combina una mastectomía simple con la extirpación de los ganglios linfáticos axilares (*disección de los ganglios linfáticos axilares*)³⁵.

- **Mastectomía radical**

En esta operación extensa, el cirujano extirpa todo el seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales (pared torácica) que se encuentran debajo del seno. Esta cirugía fue muy común en el pasado, pero se ha descubierto que una cirugía menos extensa (como la mastectomía radical modificada) ofrece los mismos resultados con menos efectos secundarios³⁵.

COMPLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS PRECOCES**³⁶

- a) **Anemia hemorrágica.** Se produce sobre todo en aquellos casos de mamas irradiadas previamente y en las que se realiza una mastectomía radical. Estas anemias se han reducido mucho desde el empleo sistemático del bisturí eléctrico.
- b) **Hematomas.** Por hemorragia de un vaso y el fracaso del drenaje que hemos colocado, que remite con un vendaje compresivo y punciones evacuadoras.
- c) **Seromas.** Es una de las complicaciones más frecuentes, y se produce como consecuencia de un mal funcionamiento de los drenes, mala hemostasia o gran movilización de la grasa axilar. Estos seromas se pueden solucionar con punción-aspiración y vendaje compresivo, aunque a veces es necesario colocar un nuevo drenaje aspirativo.
- d) **Dehiscencia de la herida.** Generalmente se produce cuando al aproximar los colgajos éstos quedan a tensión, pudiendo llegar a necrosarse. Para evitar esta complicación los colgajos
- e) **Infección de la herida.** Es una complicación poco frecuente, pero alguna vez se produce, en cuyo caso se tratará como la de cualquier otro lugar de la economía.

f) **Flebitis y tromboflebitis de la vena axilar o subclavia.** Es infrecuente.

▪ **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS³⁶**

a) **Cicatrices queloides.**

b) **Contractura del pectoral mayor,** por lesión del nervio torácico anterior.

c) **Alteración en la movilidad del hombro.** Puede llegarse a un “hombro congelado” por falta de movilidad del brazo y hombro, originando retracciones ligamentosas y tendinosas, y finalmente una fijación de la articulación, esto se ve en un 17% de las pacientes, el cual incrementa en un 15% más si se asocia a radioterapia.

d) **Parestesias en la axila y brazo, asociado a dolor.** Esto se observa en un 22% de las pacientes.

e) **Alteraciones en la columna vertebral.** Como escoliosis, cifosis o contracturas cervicales.

f) **Linfedema.** Es la complicación tardía más frecuente de la mastectomía, como consecuencia de una alteración en el vaciado linfático a nivel axilar, producido por vaciamientos axilares completos generalmente asociados a radioterapia. Halsted describió el linfedema por primera vez, denominándolo “elefantiasis quirúrgica”, y ya entonces distinguió dos tipos, vigentes en la actualidad³⁷:

- Edema postquirúrgico inmediato, por problemas técnico-quirúrgicos.
- Linfedema tardío, que aparece a veces años después, y generalmente tiene como desencadenante una infección, traumatismo, radioterapia de la zona, etc.

FISIOTERAPIA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

La rehabilitación después de un procedimiento quirúrgico como es en la mastectomía con vaciado axilar, tiene dos fases: el tratamiento en la fase postquirúrgica inmediata y el tratamiento en fase tardía³⁸.

En el periodo post operatorio inmediato el objetivo será la recuperación del movimiento articular. El tratamiento se puede iniciar a las 24 horas de la intervención, y se basa en la cinesiterapia. En este periodo de la recuperación, es muy importante el proceso de información por parte del fisioterapeuta. Se debe informar a la paciente sobre los posibles riesgos y complicaciones, enfatizando en el linfedema³⁸.

Entre los problemas más frecuentes que pueden aparecer en este periodo y que requieren la intervención del fisioterapeuta destacan las retracciones ligamentosas y tendinosas por inactividad muscular, el denominado “hombro congelado”, la escápula alada, las alteraciones estéticas, las molestias vertebrales por asimetría del tórax y el linfedema, siendo este último la complicación más grave. Una vez instaurado el linfedema, no tiene curación definitiva. El tratamiento consiste en el control y disminución del linfedema, así como la mejora del confort del brazo para que la paciente experimente menos pesadez y menos tirantez³⁹. Es necesario que el fisioterapeuta recomiende otros tipos de tratamientos para el linfedema, como es el uso de los vendajes multicapa, el drenaje linfático manual, presoterapia, etc⁴⁰.

Asimismo, a la hora de realizar el tratamiento hay diferentes aspectos que considerar. Siempre se debe dar prioridad al estado general de la paciente (por la quimioterapia pueden estar débiles), y no se realizará el tratamiento mientras la paciente esté siendo sometida a radioterapia. Además, se debe controlar y vigilar las linfagitis de repetición que puedan desarrollarse. Los ejercicios fisioterapéuticos han de ser pocas repeticiones para evitar tendinitis o fatiga muscular, y nunca se debe forzar el arco articular para evitar efectos indeseados⁴⁰.

Las pacientes sometidas al tratamiento fisioterapéutico tienen mejores resultados que las que no realizan fisioterapia y regresan más rápidamente a sus actividades

cotidianas, ocupacionales y deportivas, recuperando la amplitud en sus movimientos, buena postura, fuerza, coordinación, autoestima y, principalmente, minimizando las posibles complicaciones post- operatorias y aumentando su calidad de vida⁴¹.

2.3. HIPÓTESIS

La investigación no presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo.

2.4. VARIABLE

- Calidad de Vida

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR FINAL	Criterios para asignar valores
Calidad de Vida	Manera como una persona percibe su salud física y mental a través del tiempo	Es el nivel de vida derivado de la evaluación de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, considerando el impacto en su estado de salud, el cual será medido con el cuestionario SF-36.	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Función física	Limitación de las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir las escaleras, coger o trasportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.	-Calidad de Vida baja. -Calidad de Vida media -Calidad de Vida alta.	Puntaje de 0–33 será considerado como una calidad de vida baja. Puntaje de 34–66 será considerado como calidad de vida promedio. Puntaje de 67 – 100 será considerado como calidad de vida alta.
				Rol Físico	Los problemas de la salud interfieren en el trabajo y otras actividades diarias.		
				Dolor	Presencia de dolor durante la realización de sus actividades.		
				Salud General	Evaluación de su salud personal como buena o mala.		
				Vitalidad	Nivel de energía al realizar sus actividades.		
				Función Social	Grado en que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.		
				Rol Emocional	Los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado.		
				Salud Mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.		

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Calidad de vida:** es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.
- **Mastectomía:** procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una extirpación de la glándula mamaria.
- **Cáncer de mama:** se refiere a un tumor maligno que se desarrolló a partir de células en el seno. Por lo general, el cáncer de mama comienza en las células de los lóbulos, que son las glándulas productoras de leche, o los conductos, los conductos que drenan la leche desde los lóbulos hasta el pezón.
- **SF-36:** es un instrumento genérico de medición de CVRS, es una escala genérica del estado de salud, psicométricamente sólida, aplicable tanto para pacientes como a la población adulta en general. Informa de estados tanto positivos como negativos de la salud física y emocional de los individuos.

CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández Sampieri⁴², el presente estudio es:

- Según la tendencia: Cuantitativo.
- Según el tiempo de ocurrencia: Prospectivo.
- Según la orientación: Básica
- Según el periodo y secuencia de la investigación: Transversal.
- Según el análisis y alcance de sus resultados: Descriptivo.

Diseño de la Investigación: No experimental

3.2. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó en un Hospital de Lima, en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación, en el programa de Patología Mamaria.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población estuvo constituida por 100 pacientes mastectomizadas que se encontraban participando del programa de rehabilitación en la unidad de Patología Mamaria del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de un hospital de Lima.

3.3.2. Muestra:

Se realizó un muestreo por conveniencia, trabajando con la totalidad de la población, constituida por 100 mujeres mastectomizadas que se encontraban participando del Programa de Rehabilitación en la unidad de Patología Mamaria del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de un hospital de Lima.

Unidad de análisis:

- Paciente adulta mastectomizada por cáncer de mama

Criterios de inclusión:

- Las mujeres post operadas de mastectomía que asisten al programa de rehabilitación en la unidad de Patología Mamaria del servicio de medicina física y rehabilitación de un hospital de Lima.
- Mujeres mastectomizadas que desearon participar previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres mastectomizadas que se negaron a colaborar con el estudio.
- Mujeres mastectomizadas con deterioro cognitivo que impida responder el cuestionario.
- Mujeres mastectomizadas que pertenezcan al postoperatorio inmediato.
- Mujeres mastectomizadas que estén recibiendo tratamiento coadyuvante.
- Mujeres mastectomizadas con enfermedad crónica severa al momento de la entrevista.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TECNICA

La técnica empleada fue la aplicación de una encuesta, que se realizó a todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.4.2. INSTRUMENTO

Para la medición de la calidad de vida se utilizó el cuestionario de salud SF-36. El cual se encuentra conformado por 36 ítems que exploran ocho dimensiones: capacidad funcional (10 ítems), vitalidad (4 ítems), aspectos físicos (4 ítems), dolor (2 ítems), estado general de salud (5 ítems), aspectos sociales (2 ítems), aspectos emocionales (3 ítems) y salud mental (6 ítems).

Estas 8 dimensiones a su vez son agregadas en dos medidas de resumen: un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).

Para cada dimensión, los ítems son codificados, homogenizados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).²³

Asignación de puntaje: es simple y establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Por ejemplo, pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0- 20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100, los ítems no respondidos no se consideran, donde se considera los puntajes de 0 a 33 baja, 34 a 66 media y 67 a 100 alta.²³

Validez y confiabilidad

El SF-36 ha demostrado ser una prueba confiable y válida en diferentes grupos demográficos y de pacientes. Esta prueba tiene diferentes versiones según el país en donde es aplicada, las últimas investigaciones realizadas con sus distintas versiones indican que la prueba es psicométricamente sólida. Tal como sucede con la versión turca utilizada por Filazoglu, la versión germana utilizada por Bergelt, Koch y Petersen y la versión americana utilizada por Kendall. En todas las investigaciones mencionadas, el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach superó el valor de 0.7 en todas las dimensiones.

En el ámbito latinoamericano se ha utilizado el SF-36 de forma exitosa en países como Colombia, México y Venezuela para realizar diversas investigaciones en donde se hace una valoración de la calidad de vida.

En nuestro medio Salas²², utilizó la versión española 1.4 del cuestionario en pacientes con dolor crónico y Laos²³ la utilizó en pacientes con cáncer de mama. En esas investigaciones las diferentes dimensiones de la versión española de la prueba alcanzaron índices adecuados de confiabilidad. Esta es la versión que va a ser la utilizada en la presente investigación. Para asegurar que las personas puedan entender con facilidad los ítems de la prueba, se tomarán en cuenta los

cambios propuestos por Laos²³ quien revisó la prueba antes de aplicarla para que los enunciados mantengan concordancia con el español hablado en el Perú.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recolectado el tamaño de la muestra, se procedió a construir una base de datos, la información recogida se procesó en el programa de SPSS 23, se analizó mediante la estadística descriptiva, determinando las frecuencias, para elaborar los cuadros con sus porcentajes respectivos. Finalmente se hizo una interpretación de los resultados.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

En esta investigación se respetaron los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia en las mujeres post-operadas de mastectomía que estaban asistiendo al programa de rehabilitación en la unidad de Patología Mamaria del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital de Lima.

Todos los datos registrados en las fichas de evaluación fueron confidenciales, veraces y se respetaron la privacidad y anonimato de la paciente mastectomizada, asimismo, se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes que desearon participar voluntariamente en el estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Edad promedio de las pacientes mastectomizadas

Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra

Características de la edad	
Muestra	100
Edad promedio	59,1
Desviación estándar	±9,6
Edad Mínima	30
Edad Máxima	78

Fuente: Elaboración Propia

El total de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima-2018 que fueron incluidas en el estudio fueron 100, de 30 a 78 años de edad, presentaron una edad promedio de 59,1 años con una desviación estándar de ±9,6 años.

Grado de instrucción de las pacientes mastectomizadas

Tabla N° 2: Distribución de la muestra por grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Educación primaria	8	8,0	8,0
Educación secundaria	37	37,0	45,0
Educación superior	55	55,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Respecto al grado de instrucción, se encontró que; 8 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama tenían estudios de educación primaria; 37 tenían estudios de

educación secundaria y 55 pacientes tenían estudios de educación superior. Se observa que la mayor parte de las pacientes mastectomizadas tenía estudios de educación superior. Los porcentajes se presentan en la figura N° 1.

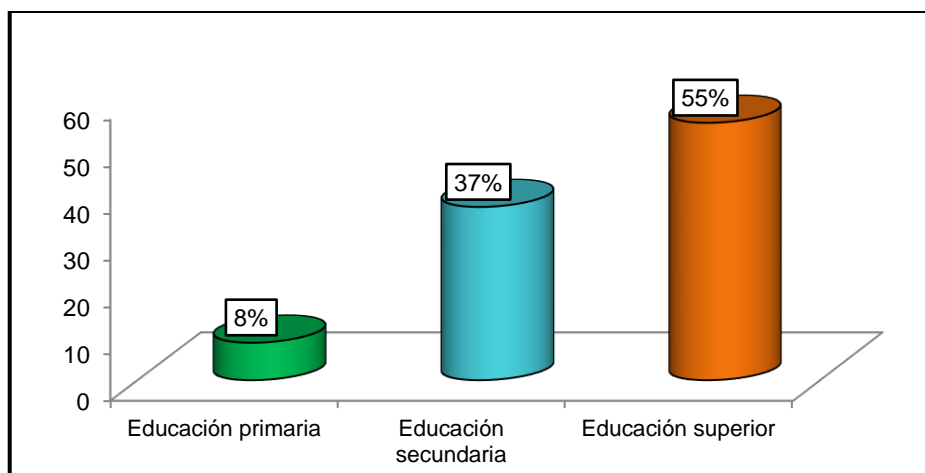


Figura N° 1: Distribución de la muestra por grado de instrucción

Estado civil de las pacientes mastectomizadas

Tabla N° 3: Distribución de la muestra por estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltera	11	11,0	11,0
Conviviente	13	13,0	24,0
Casada	61	61,0	85,0
Viuda	7	7,0	90,0
Separada	8	8,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

De las 100 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, 11 eran solteras; 13 eran convivientes; 61 eran casadas; 7 pacientes eran viudas y 8 estaban separadas. La mayor parte de las pacientes estaban casadas. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N°2.

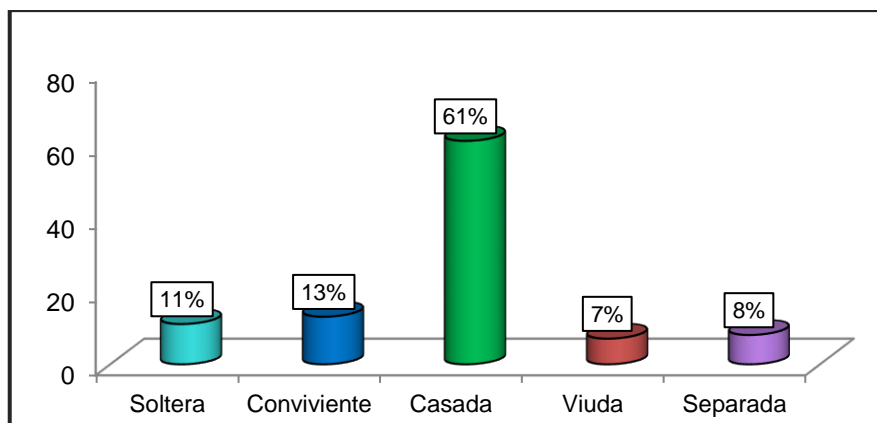


Figura N° 2: Distribución de la muestra por estado civil

Ocupación de las pacientes mastectomizadas

Tabla N° 4: Distribución de la muestra por ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Empleada	24	24,0	24,0
Con licencia	7	7,0	31,0
Jubilada	19	19,0	50,0
Ama de casa	50	50,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 4 presenta la distribución de acuerdo a su ocupación, 24 pacientes, mastectomizadas por cáncer de mama, eran empleadas; 7 se encontraban con licencia; 19 estaban jubiladas y 50 pacientes eran amas de casa. La mayor parte de la muestra eran amas de casa. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 3.

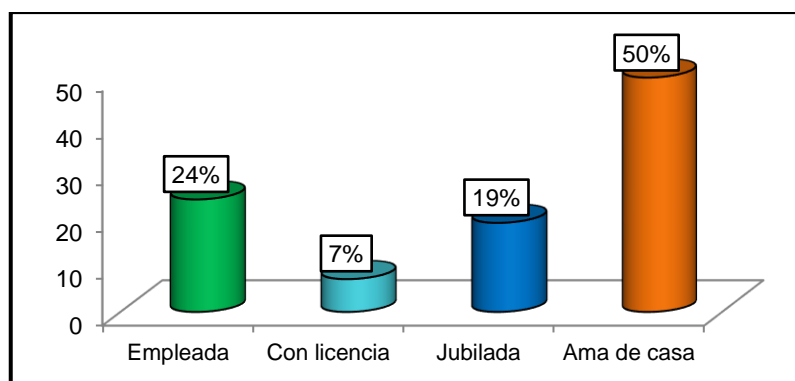


Figura N° 3: Distribución de la muestra por ocupación

Tipo de Mastectomía

Tabla N° 5: Distribución de la muestra de acuerdo a tipo de mastectomía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Parcial	29	29,0	29,0
Total	65	65,0	94,0
Bilateral	6	6,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Se encontró que en 29 pacientes la mastectomía era parcial; en 65 la mastectomía fue total; y solo en 6 pacientes la mastectomía fue bilateral. La mayor parte de las pacientes mastectomizadas presentó una mastectomía total. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 4.

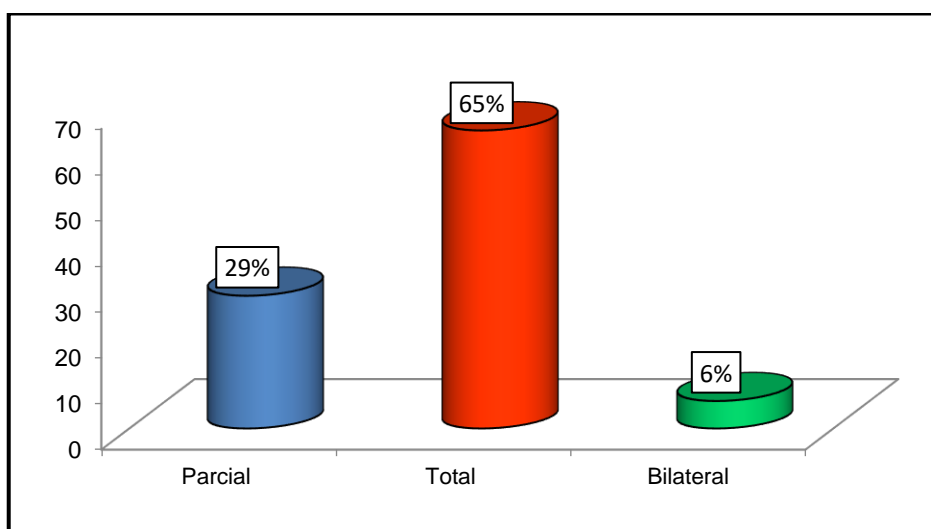


Figura N° 4: Distribución de acuerdo a la mastectomía

Disección de ganglios

Tabla Nº 6: Distribución de la muestra según disección de ganglios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	93	93,0	93,0
No	7	7,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Con relación a la disección de ganglios, a 93 pacientes se les había realizado disección de ganglios y solo a 7 no se les había realizado disección de ganglios. La mayor parte de la muestra se les realizó la disección de ganglios. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura Nº 5.

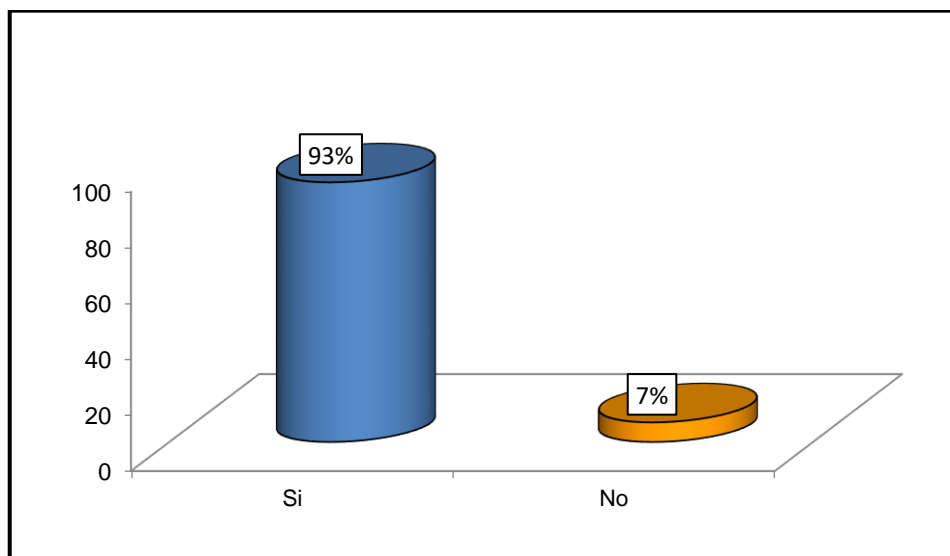


Figura Nº 5: Distribución según disección de ganglios

Quimioterapia

Tabla N° 7: Distribución de la muestra según quimioterapia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	86	86,0	86,0
No	14	14,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 7 presenta el tratamiento de quimioterapia. 86 pacientes recibieron quimioterapia, mientras que solo 14 pacientes no recibieron quimioterapia. La mayor parte de la muestra si recibieron quimioterapia. Los porcentajes se muestran en la figura N° 6.

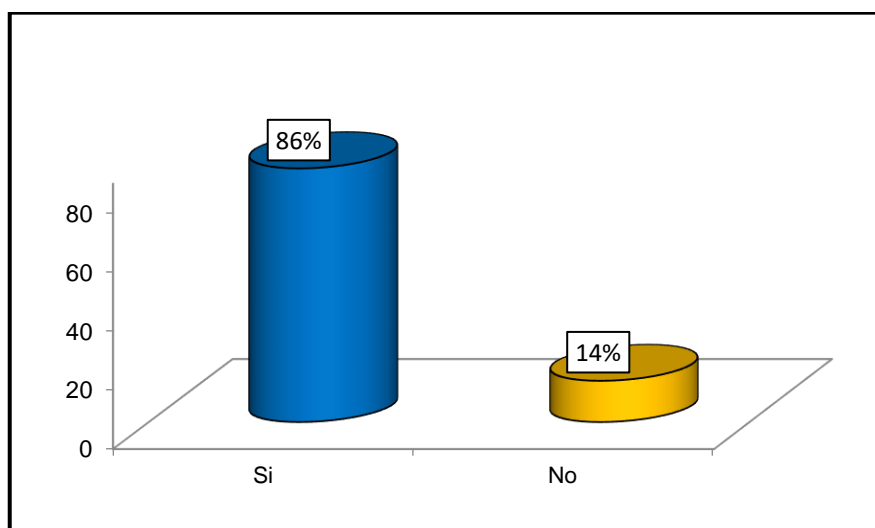


Figura N° 6: Distribución según quimioterapia

Radioterapia

Tabla N° 8: Distribución de la muestra según radioterapia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	68	68,0	68,0
No	32	32,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 8 presenta la distribución de acuerdo al tratamiento de radioterapia. 68 pacientes recibieron radioterapia mientras que 32 pacientes no recibieron radioterapia. La mayoría de las pacientes mastectomizadas si recibieron radioterapia. Los porcentajes se muestran en la figura N° 7.

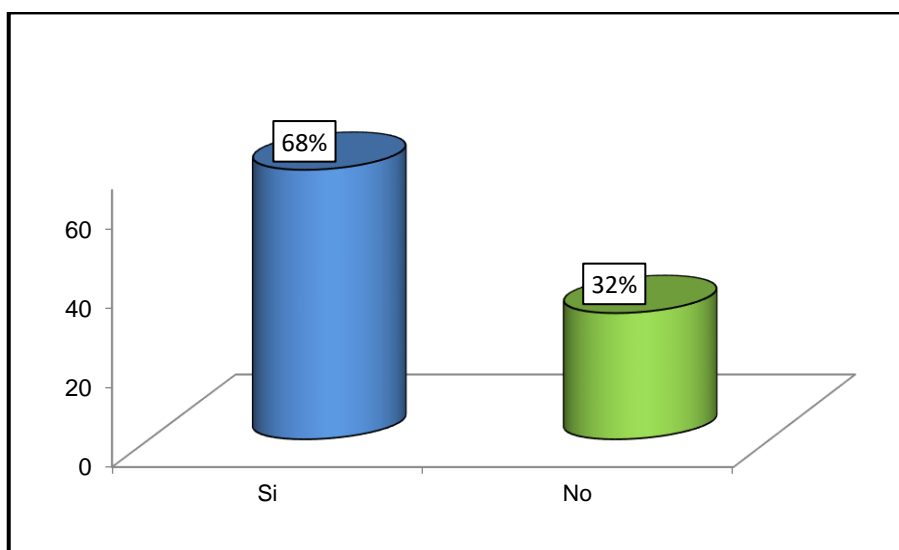


Figura N° 7: Distribución según radioterapia

Uso de Vendaje

Tabla N° 9: Distribución según uso de vendaje

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	20	20,0	20,0
No	80	80,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Del total de 100 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, solo 20 usaron vendajes y 80 no utilizaron vendajes. El mayor porcentaje de la muestra estudiada no se les realizó el vendaje. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 8.

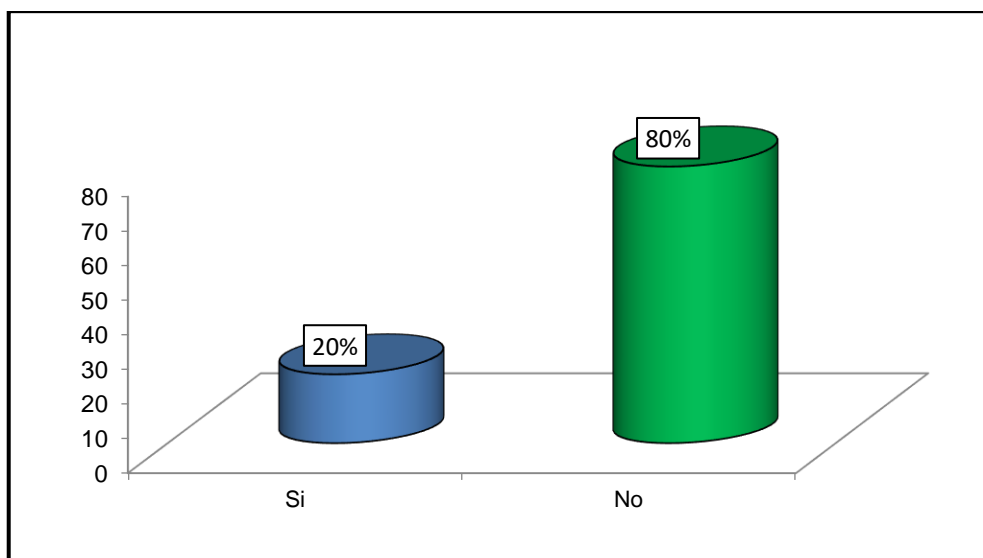


Figura N° 8: Distribución según uso de vendaje

Ejercicios fisioterapéuticos

Tabla Nº 10: Distribución según ejercicios fisioterapéuticos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	94	94,0	94,0
No	6	6,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la realización de ejercicios fisioterapéuticos, se encontró que 94 pacientes si realizaban ejercicios fisioterapéuticos mientras que 6 no realizaban ejercicios fisioterapéuticos. El mayor porcentaje de la muestra si realizó ejercicios fisioterapéuticos. Los porcentajes se muestran en la figura Nº 9.

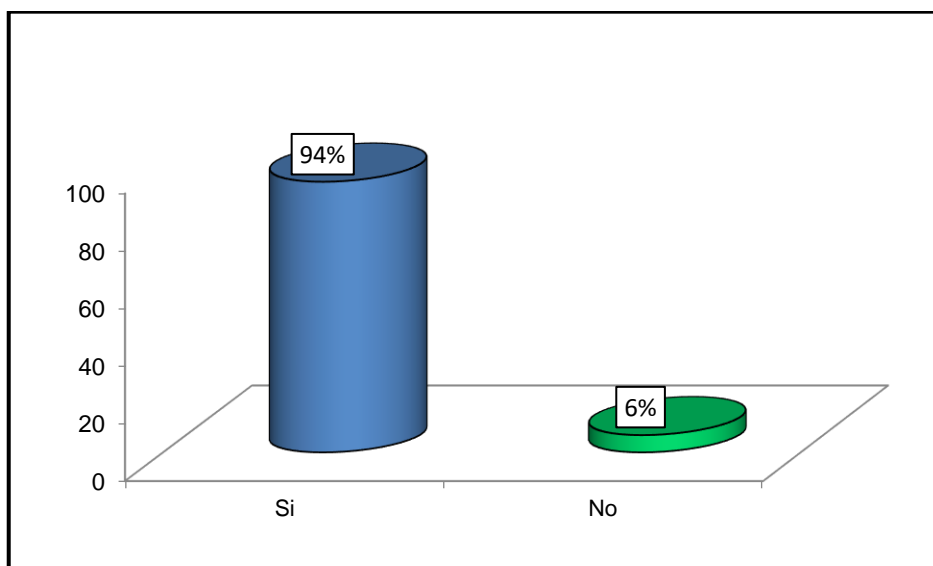


Figura Nº 9: Distribución de la muestra según ejercicios fisioterapéuticos

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Salud actual de las pacientes mastectomizadas

Tabla N° 11: Salud Actual de las pacientes mastectomizadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	1	1,0	1,0
Muy Buena	9	9,0	10,0
Buena	52	52,0	62,0
Regular	38	38,0	100,0
Mala	-	0,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 11 presenta la percepción que tenían las pacientes mastectomizadas, respecto a cómo percibían su estado de salud actual. Solo 1 paciente percibía que su salud era excelente; 9 percibían que su salud era muy buena; 52 percibían que su salud era buena; 38 percibían que su salud era regular y ningún paciente percibía que su estado de salud era mala. La figura N° 10 muestra los porcentajes.

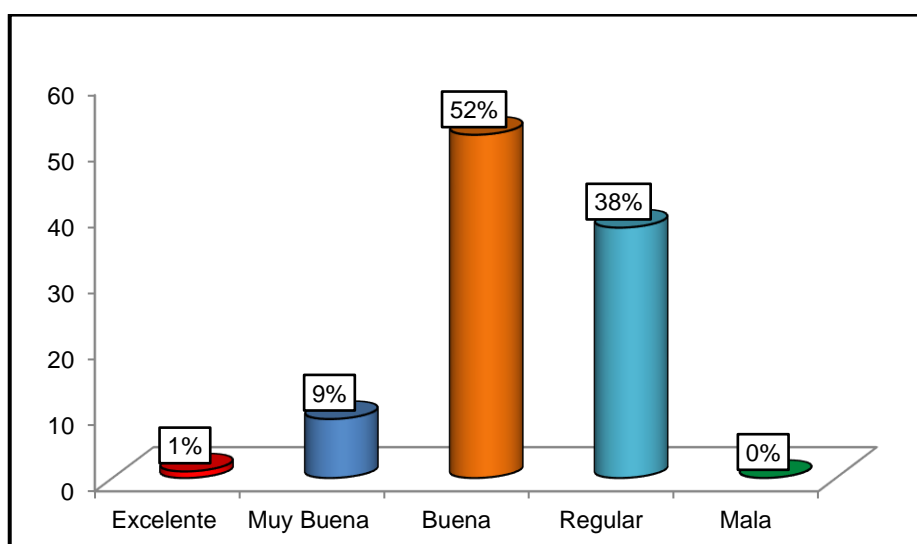


Figura N° 10: Salud actual de las pacientes mastectomizadas

Comparación de la Salud actual con la de hace 1 año

Tabla N° 12: Salud Actual respecto a la de hace 1 año

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mucho mejor ahora	17	17,0	17,3
Algo mejor ahora	33	33,0	50,0
Más o menos igual	47	47,0	97,0
Algo peor ahora	1	1,0	98,0
Mucho peor ahora	2	2,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 12 se presenta la percepción que tienen las pacientes mastectomizadas, al comparar su estado de salud actual, con la que tenían hace 1 año. 17 pacientes manifestaron que su estado de salud era mucho mejor ahora; 33 indicaron que su estado de salud era algo mejor ahora; 47 manifestaron que su estado de salud era más o menos igual; solo 1 que su estado de salud era algo peor ahora y solo 2 que era mucho peor ahora. La figura N° 11 muestra los porcentajes correspondientes.

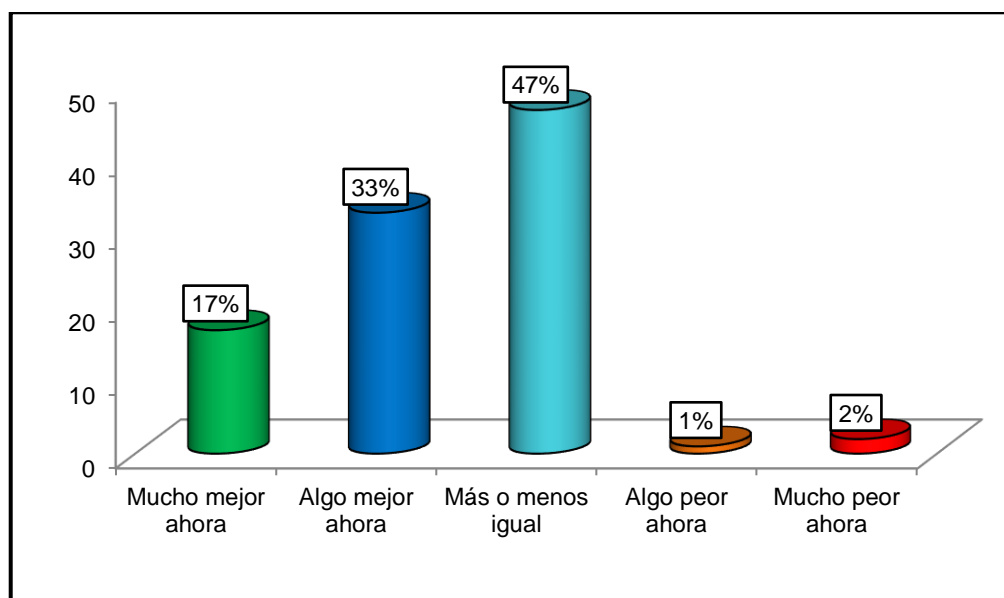


Figura N° 11: Comparación de la salud actual y la de hace 1 año

CALIDAD DE VIDA POR COMPONENTES

Componente Salud Física (CSF) por dimensiones - puntuación promedio

Tabla N° 13: Componente salud física – Promedio

Componente Salud Física (CSF)				Componente Salud Física (CSF) Promedio
Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	
67	35	53	58	54

Fuente: Elaboración Propia

En este componente, la dimensión Función Física presentó una puntuación promedio de 67, la dimensión Rol Físico presentó una puntuación promedio de 35, la dimensión Dolor Corporal presentó una puntuación promedio de 53 y la dimensión Salud General presentó una puntuación promedio de 58. El componente Salud Física alcanzó una puntuación promedio de 54 puntos, por lo que se puede decir que la percepción del estado de salud de los pacientes en este componente esta disminuida. La figura N° 12 presenta las puntuaciones correspondientes.

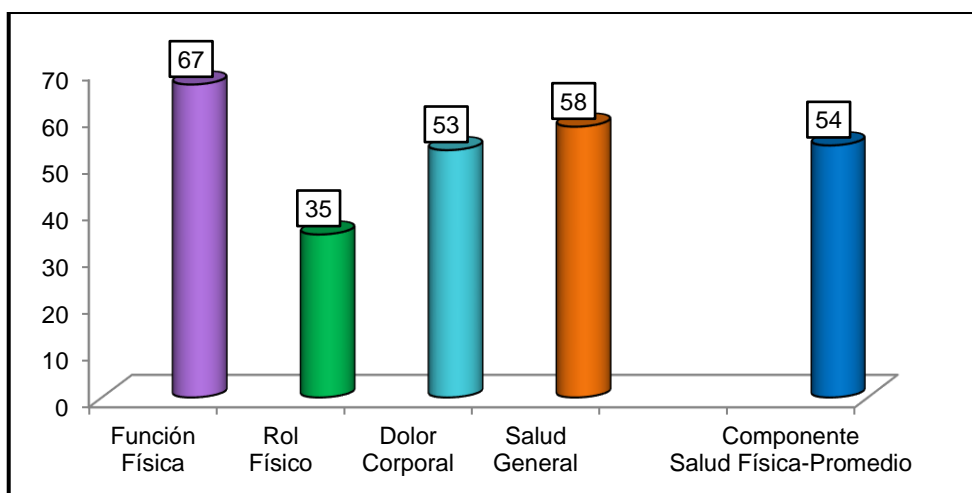


Figura N° 12: Componente Salud Física – Promedio

Componente Salud Mental (CSM) por dimensiones – Puntuación promedio

Tabla N° 14: Componente Salud Mental – Promedio

Componente Salud Mental (CSM)				Componente Salud Mental (CSM) Promedio
Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental	
61	68	59	70	65

Fuente: Elaboración Propia

En este componente, la dimensión Vitalidad presentó una puntuación promedio de 61, la dimensión Función Social presentó una puntuación promedio de 68, la dimensión Rol Emocional presentó una puntuación promedio de 59 y la dimensión Salud Mental una puntuación promedio de 70. El componente Salud Mental alcanzó una puntuación promedio de 65 puntos, por lo que se puede decir que la calidad de vida (estado de salud) de las pacientes, en este componente, es regular. La figura N° 13 presenta estas puntuaciones promedio por dimensiones.

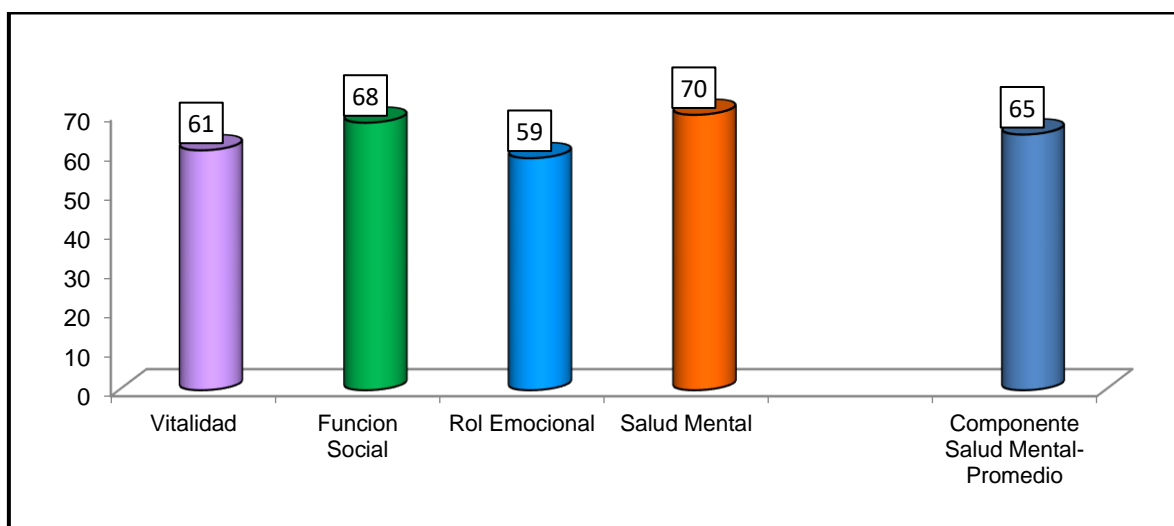


Figura N° 13: Componente Salud Mental – Promedio

Calidad de Vida (Estado de Salud) – Promedio por Componentes

Tabla N° 15: Calidad de Vida – Promedio por Componentes

Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud)
54	65	59

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 15 se observa que para la variable Calidad de Vida de las pacientes mastectomizadas, respecto a los componentes que la conforman, el componente Salud Física presentó una puntuación promedio de 54 y el componente Salud Mental presentó una puntuación de 65. La Calidad de Vida (estado de salud), de la muestra obtuvo una puntuación de 59, por lo que se le puede catalogar como Calidad de Vida Media. La figura N° 14 muestra las puntuaciones promedio.

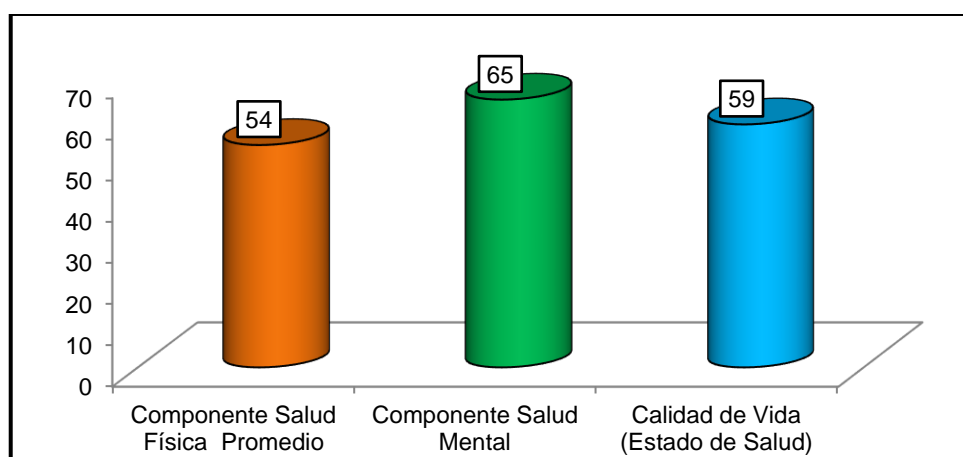


Figura N° 14: Calidad de Vida por componentes

4.2 DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como propósito determinar la calidad de vida en pacientes mastectomizadas que asisten a un programa de rehabilitación en un hospital de Lima y describir sus características clínicas y sociodemográficas. A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

En el presente estudio se entrevistó a 100 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama las cuales presentaban una edad promedio de 59,1 años, el cual concuerda con la estadística conocida y con la mayoría de los estudios que fundamentan la base teórica de nuestro estudio.

El 61% eran casadas; 55% tenían estudios superiores y 50% eran amas de casa. Además, en cuanto a sus características clínicas, 65% de las pacientes fue sometida a una mastectomía total, al 93% se les realizó disección de ganglios, 86% recibieron quimioterapia, 68% recibieron radioterapia, 80% no utilizó vendaje de contención y el 94% realizaban los ejercicios fisioterapéuticos.

Nuestros resultados muestran que la Calidad de Vida obtuvo una puntuación promedio de 59, la cual indica que tienen una Calidad de Vida Media, hallazgos similares a los de **Pacherres C, Díaz C. (2016)** en Chiclayo mediante el cuestionario de calidad de vida SF 36. Por otro lado, es totalmente contrario a lo encontrado en el estudio de **Hundelhausen M, Julio A, Meza E, Pérez K, Ripoll A. (2015)** en Colombia, donde las mujeres sometidas a mastectomía mantienen un nivel alto de calidad de vida, esto podría deberse a que se evaluó a su población aproximadamente 6 años después de realizada la intervención quirúrgica, probablemente por el mayor tiempo de adaptación a las secuelas del tratamiento quirúrgico y a la disminución de los efectos secundarios de la terapia adyuvante como lo muestra **Palacios M. (2014)**.

Respecto al Componente Salud Física (CSF) de la Calidad de Vida, se puede observar que obtiene un puntaje de 54, lo que indica que tienen una Calidad de Vida Media con respecto a este componente, al hacer un análisis de sus dimensiones se halla que tuvieron los siguientes puntajes: Función Física (FF) 67, Salud General (SG) 58, Dolor Corporal (DC) 53 y Rol Físico (RF) 35. La Función

Física fue la dimensión que obtuvo mayor puntaje y la dimensión con menor puntaje la obtuvo el Rol Físico. Resultados similares los encontramos en los estudios de **Azocai D, Gardiokiotis I, Manole A. (2015)**, **Cristóbal C, Ruiz L. (2016)**, **Laos K. (2010)** y **Pacherres C, Díaz C. (2016)**, en donde la dimensión de Rol Físico también fue el más afectado.

Por ejemplo; en el estudio de **Azocai D, Gardiokiotis I, Manole A. (2015)**, las dimensiones más afectadas fueron Rol Físico y Dolor Corporal. Además, destacan que las actividades moderadas y agotadoras limitaban casi a la mitad de las encuestadas y que el dolor corporal afectaba su trabajo y las actividades normales. Del mismo modo, en el estudio de **Cristóbal C, Ruiz L. (2016)**, casi una cuarta parte de las pacientes se sienten severamente limitadas en realizar actividades como correr, levantar objetos, o participar en actividades deportivas, así como hacer esfuerzos moderados para realizar las actividades de la casa; afectando de esta manera su calidad de vida.

En cuanto a la investigación realizada por **Laos K. (2010)** encontramos resultados similares, ya que en cuanto a la dimensión función física resultó con un puntaje alto, lo que representa que, en la muestra, las participantes pueden realizar todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin límites debido a su salud. Al igual que nuestros resultados, la dimensión más afectada fue el rol físico, indicando con estos resultados que la salud física de las participantes está interfiriendo considerablemente en el rendimiento del trabajo y en las actividades diarias, y hay mayor dificultad para desempeñarse como antes lo hacían.

También, en el estudio de **Pacherres C, Díaz C. (2016)**, al igual que nuestro estudio, más de la mitad de las participantes tienen problemas serios para realizar sus trabajos u otras labores diarias; esto refleja que, a pesar de tener fuerzas para seguir realizando por sí mismas actividades de autocuidado, la productividad en el trabajo ya sea en casa o fuera de ella, se ha visto considerablemente afectada. Esto hace pensar que el deterioro que la enfermedad y el tratamiento generan, si bien no es invalidante, si es limitante en relación con el tipo de actividades que pueden realizar.

Por otro lado, encontramos diferencias con el estudio de **Hundelhausen M, Julio A, Meza E, Pérez K, Ripoll A. (2015)**, donde la dimensión de Rol Físico obtuvo una

media de 75, lo que indica que las mujeres objeto de estudio tienen una alta calidad de vida en relación a esta dimensión; esto quiere decir que no tuvieron que reducir el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas, ni dejar de hacer algunas tareas en su trabajo y tampoco tuvieron dificultad para hacer actividades laborales a causa de la salud física. Mientras que la dimensión más afectada fue la de Salud General, en este componente se obtuvo una mediana de 58,5, debido a que la población considera que su salud no es la mejor y creen en la posibilidad de que puede empeorar y al menos la mitad de la población no considera que está sano como cualquier otro individuo.

En cuanto al Componente Salud Mental (CSM) de la Calidad de Vida, obtuvo un puntaje de 65, lo que indica que tienen una Calidad de Vida Media con respecto a este componente, al hacer un análisis de sus dimensiones se halla que tuvieron los siguientes puntajes: Vitalidad (VT) 61, Función Social (FS) 68, Rol Emocional (RE) 59 y Salud Mental (SM) 70. La dimensión con mayor puntaje la obtuvo la Salud Mental, mientras que la dimensión con menor puntaje la obtuvo el Rol Emocional.

Con respecto al Rol Emocional, encontramos resultados similares en los estudios de **Laos K. (2010)**, **Cristóbal C, Ruiz L. (2016)** y **Palacios M. (2014)** en donde la dimensión más afectada también fue el Rol Emocional.

Por ejemplo, **Cristóbal C, Ruiz L. (2016)** encontró que una de las áreas más afectadas, entre las participantes de este estudio, fue el rol emocional, ya que, más de la tercera parte de la muestra dejaban de realizar sus actividades por sentirse tristes o angustiadas, afectando de esta manera su calidad de vida.

De la misma forma, en el estudio de **Laos K. (2010)**, la dimensión Rol emocional también fue el más afectado, ya que el 38% de la muestra tiene entre una baja y muy baja calidad de vida en este aspecto, lo que significa que hay problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales como estar triste, deprimido o nervioso. Al tratar de comprender el estado emocional de las mujeres de la muestra, se aprecia que, si bien más de la mitad se sienten estables emocionalmente, un grupo considerable de ellas (más de la tercera parte) tienen serias dificultades en su rol emocional, lo que significa que han tenido que reducir el tiempo que le dedicaban a ciertas actividades por sentirse tristes, deprimidas o nerviosas, así como, descuidaron el trabajo que cotidianamente

realizan a causa de este malestar emocional. Una hipótesis que podría explicar este hallazgo importante, es que, si bien en las dimensiones función física, función social, y vitalidad la gran mayoría de las participantes tienen un mayor manejo, sintiéndose con energía y fuerzas para seguir haciendo sus actividades normales, es en la parte emocional donde ellas sienten que a veces decaen, invadiéndoles sentimientos de ansiedad y depresión no sólo por la enfermedad en sí, sino también, posiblemente, por las diversas situaciones conflictivas que surgen a lo largo del proceso de enfermedad.

Mientras que, nuestros resultados contrastan con los obtenidos en el estudio de **Hundelhausen M, Julio A, Meza E, Pérez K, Ripoll A. (2015)**, donde la dimensión de Rol Emocional obtuvo una mediana de 100, lo que indica que la calidad de vida es significativamente alta respecto a esta dimensión. Ellos destacan que estos resultados pueden deberse al tiempo de haber sido sometidas a la mastectomía, ya que tuvieron una media de 72 meses, presentando así mejor calidad de vida, por lo que se puede evidenciar una mejoría de la calidad de vida al aumentar el tiempo de supervivencia.

Con respecto a la dimensión Salud Mental, encontramos similitudes con el estudio de **Moyano C, Orozco M. (2018)**, en donde la dimensión con más alto puntaje también fue Salud Mental, eso nos indica que las pacientes tuvieron un estado más animoso, calmado, tranquilo, y óptimo en cuanto al estado de su enfermedad.

Un punto resaltante que observamos al momento de aplicar el cuestionario fue la actitud que adoptaban las pacientes, a pesar de la previa explicación del procedimiento, ya que la mayoría se mostraban preocupadas o hesitantes. Pese a ello, todas colaboraron y aceptaron participar en este estudio de forma voluntaria.

Las debilidades de este estudio es que el instrumento utilizado (SF-36) es extenso y redundante en algunas preguntas por lo cual era un poco tedioso al momento de responder. Además, tampoco disponíamos de una encuesta previa a la intervención que permitiera conocer el estado basal de la Calidad de Vida de las pacientes por lo que no puede valorarse la evolución del estado de salud.

En cuanto a las fortalezas podemos destacar, que es un tema de interés en el área de salud y dentro del área de la terapia física y que nos ayudaría posteriormente en

el mejoramiento de las intervenciones de este tipo de pacientes e identificar afecciones en cada una de las dimensiones que conforman la calidad de vida.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir que:

1. La Calidad de Vida en las pacientes mastectomizadas, presenta una puntuación promedio de 59, lo que indica que presentan una Calidad de Vida Media.
2. El Componente Salud Física, obtuvo un puntaje de 54, por lo que se puede determinar que tienen una Calidad de Vida Media. Dentro de este componente, la dimensión más afectada fue el Rol Físico, lo que indica que las pacientes tienen una calidad de vida baja respecto a esta dimensión.
3. El Componente de Salud Mental, obtuvo un puntaje de 65, lo que indica que tienen una Calidad de Vida Media. Siendo la dimensión más afectada Rol Emocional, demostrando que las mujeres con mastectomía presentan problemas emocionales y ello ha dificultado sus actividades.
4. En cuanto a las características sociodemográficas, del total de pacientes mastectomizadas, presentaron una edad promedio de 59. Respecto al grado de instrucción, la mayor parte de la muestra tenían estudios de educación superior. En cuanto a su estado civil; la mayor parte de la muestra eran casadas. De acuerdo con su ocupación, la mayor parte de la muestra eran amas de casa.

Respecto a las características clínicas, del total de pacientes mastectomizadas, se encontró que la mastectomía fue total. Con relación a la disección de ganglios, la mayor parte de la muestra se les realizó disección de ganglios. En cuanto al tratamiento de quimioterapia; la mayor parte de la muestra recibió quimioterapia. De acuerdo con el tratamiento de radioterapia; la mayor parte de la muestra recibió radioterapia. En cuanto al uso de vendaje de contención; la mayor parte de la muestra no utilizó vendajes. Respecto a la realización de ejercicios fisioterapéuticos, se encontró que la mayor parte de la muestra si realizaban ejercicios fisioterapéuticos.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ En base a la investigación realizada esperamos crear conciencia con respecto a los diferentes factores que pueden influir en la calidad de vida de pacientes mastectomizadas. Se hace necesario que el personal de salud haga énfasis no solo en el diagnóstico o procedimiento quirúrgico, sino en abordajes desde la dimensión mental; antes, durante y después de la intervención. Que favorezcan un buen resultado en el proceso de recuperación y rehabilitación de las pacientes mastectomizadas.
- ✓ Plantear programas educativos dirigidos por el personal de fisioterapia, para mejorar la calidad de vida en mujeres con mastectomía a través de la información, educación y comunicación.
- ✓ Se sugiere a futuros investigadores seleccionar una muestra más amplia, para obtener un mejor alcance en las dimensiones de la calidad de vida.
- ✓ Se aconseja el tratamiento fisioterapéutico inmediato de las pacientes mastectomizadas desde el post quirúrgico hasta la fase de recuperación, ya que ello disminuirá las complicaciones y posibles restricciones articulares.
- ✓ Se debe prestar especial importancia a la complicación más grave que es el linfedema, el fisioterapeuta debe dar una información adecuada y personalizada a cada mujer mastectomizada para fomentar el autocuidado y para clarificar las dudas que puedan crear angustia o miedo.
- ✓ Se sugiere que el fisioterapeuta, durante el tiempo que trate a la mujer afectada, brinde seguridad y confianza. Es clave saber escuchar, ser claro y preciso en la información que brindamos. De ser necesaria, se debe ofrecer la posibilidad de recurrir a un profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra) para la terapia respectiva.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Who: World Health Organization [internet] Washington: Who.int; 2000 [actualizado 01 de febrero 2018; citado 21 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Paho: Organización Panamericana de la Salud [internet] Washington: Paho.org; 2000 [actualizado 02 de febrero 2018; citado el 21 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041%3A2011-breast-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3639&lang=es
3. Ramos W, Venegas D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013 Lima; ASKHA, 2013. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
4. Liga Contra el Cáncer [internet] Washington: LigaCancer.org.pe; 2015 [actualizado 31 de diciembre 2017; citado 21 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.ligacancer.org.pe/ma.html>
5. Paho: Organización Panamericana de la Salud [internet] Washington: Paho.org; 2000 [actualizado 02 de febrero 2018; citado el 21 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242&Itemid=41581&lang=es
6. American Cancer Society [internet]: Cancer.org; 2000 [actualizado 08 marzo 2018; citado 26 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html>
7. World Health Organization (Internet). Cancer de mama. [citado 15 de abril 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
8. Arraras J, Garrido E, Pruja E. El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de la EORTC QLQ-C30. Psicooncología.1(1): 87-98. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/74db120f0a8e5646ef5a30154e9f6deb>
9. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. [Online].; 2003 [citado 15 julio 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.

10. Delgado M, García M, et al. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:3. Disponible en: <https://hglo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-3>
11. Osorio L. Vivenciando el cáncer: Impacto en el paciente y familia. Lima, 2010. [Tesis para optar el grado de especialidad de enfermería oncológica]. Lima: UNMSM; 2010 [citado 24 abril 2018]. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/3822>
12. Tobin M, Lacey H, Meyer L. The psychological morbidity of breast cancer-related arm Swelling. *Psychological morbidity of lymphedema*. *Cáncer* 2015; 72(11): 3248-52. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1097-0142%2819931201%2972%3A11%3C3248%3A%3AAID-CNCR2820721119%3E3.0.CO%3B2-Z>
13. Naughton M, Shumaker S. Psychological Aspects of Health Related Quality of Life Measurement. [Online].; 2016[15: 115-131]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.
14. Rubio R, Rico ACJ. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. [Online].; 1997 [citado 30 julio 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01>.
15. Ganz A, Kwan L, Stanton A. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 2004; 96(5): 76-387. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/0209/e8dd35a4146cf9b81ef25ad935a0fda9d38e.pdf?_ga=2.78414876.982773184.1551451001-1315161192.1551451001
16. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med*. 2010 [Citado 12 enero 2019]; 138: 358-365. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
17. Bajuk, L. Reich, M. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*. 2011 [Citado 15 febrero 2019]; 55(1): 19-30. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a03.pdf>
18. Bañuelos Y, Esquivé M, Moreno V. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Rev Enferm Inst. Mex*. 2012; 15(3): 129-134. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073c.pdf>

19. Sánchez R, Sierra F. Martín E. ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? Avances en Psicología Latinoamericana. 2015 [Citado 10 marzo 2019]; 33(3), 371-385. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a02.pdf>
20. Villegas M. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. Universidad de Manizales. Colombia, Risaralda. 2011. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100002
21. Araya P, Yáñez A. Evaluación de la calidad de vida de pacientes mastectomizadas, tratadas en el instituto nacional del cáncer entre los años 2003 y 2005 [tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2011. 64 p. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya_p/sources/araya_p.pdf
22. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-items short-form healthy survey (SF-36) (I): Conceptual framework and ítem selection. Medical Care. 1992; 30(6): 473-483. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/06cb/0076e310136d0ca8b56cc8585ec2bf43e029.pdf>
23. Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey manual and interpretation guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993. Disponible en: https://czresearch.com/info/SF36_healthsurvey_ch6.pdf
24. Who: World Health Organization [internet] Washington: Who.int; 2000 [actualizado 01 de febrero 2018; citado 17 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
25. Arraztoa J. La Mama: Diagnóstico y Tratamiento. 2ª Ed. Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo; 2004.
26. Breastcancer.org. [internet] Pensilvania: Breastcancer.org; 2016 [actualizado 19 de octubre 2018; citado 16 enero 2019]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama
27. Martín M, Herrero A, Echavarría I. Cáncer de mama. Arbor [Internet] [Consultado 16 enero 2019]; 191(773): a234. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>

28. Hernández G, Bernardello E, Barros A. Cáncer de mama al día. 1ºed. Brasil; Panamericana; 2016. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/5740/eBook-Cancer-de-Mama-al-Dia-Pfizer.html>
29. Jatoi I, Proschan M. Randomized trials of breast-conserving therapy versus mastectomy for primary breast cancer: a pooled analysis of updated results. Am J Clin Oncol. 2005; 28(3): 289-94. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Randomized-trials-of-breast-conserving-therapy-for-Jatoi-Proschan/9b0aaa567b57813b1368e4db83fcfc137bdceb8b>
30. Sancho S, Córdoba S. Radioterapia en el tratamiento conservador del cáncer de mama. Un nuevo enfoque terapéutico. In: Sánchez M, López N, editors. Cáncer de mama. Temas actuales. Madrid: ERGON; 2008. p. 113-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352006000800004
31. Clarke M. Meta-analyses of adjuvant therapies for women with early breast cancer: the Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group overview. AnnOncol. 2006; Sep 17(Suppl 10): 59-62. Disponible en: https://academic.oup.com/annonc/article/17/suppl_10/x59/168937
32. Troester M, Hoadley K, et al. Cell-type-specific responses to chemotherapeutics in breast cancer. AnnuRevBiochem. 2004; 63: 451-86. Disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org/content/64/12/4218.long>
33. Kim Y, Hickok J, Morrow G. Fatigue and depression in cancer patients undergoing chemotherapy: an emotion approach. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(4):311-21. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(06\)00445-3/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(06)00445-3/fulltext)
34. Sierra G. Cirugía de la mama. 1ºed. Madrid: AranEdiciones; 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a03.pdf>
35. The American Cancer Society. [Internet]. USA: Cancer.Org. [Consultado 16 february2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>
36. López M. Cáncer y Mastectomía. Estado Actual, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Teruel,

- CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, Número 1, Enero 2001. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X01716879>
37. Acevedo B. "Biopsia del ganglio centinela como alternativa a la disección axilar en el cáncer de mama con axila clínicamente negativa". European Journal of Cancer. 2000; 11(4): 1-3. Disponible en: <https://docplayer.es/4008655-Biopsia-del-ganglio-linfatico-centinela-como-un-indicador-de-diseccion-axilar-en-cancer-de-mama-inicial.html>
38. Bergmann A. Fisioterapia em mastologia oncológica. Revista Brasileira de Cancerologia. [Citado 20 marzo 2019]; 52(1): 97-109. Disponible en: <http://activepilates.com.br/producoes/Fisioterapia-em-mastologia-oncolo%CC%81gica-rotinas-do-hospital-do-ca%CC%82ncer.pdf>
39. Camargo M, Marx A. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Editora Roca; 2010. Disponible en: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/483/1/FISIOTERAPIA%20NO%20P%C3%93S%20OPERAT%C3%93RIO%20DE%20MASTECTOMIA.pdf>
40. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. RevBrasCancerol. 2014; 50(2): 77-90. Disponible en: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
41. Román J. La cirugía en el cáncer de mama. Psicooncología. 2017; 4(2-3): 301-307. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/57087/51523>
42. Hernández R. Metodología de la Investigación. 6ed. México DF: Interamericana; 2006. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2018”

I. PRESENTACIÓN: Nos presentamos a Ud. como bachilleres de la EAP de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Privada Norbert Wiener y nos dirigimos a usted para realizarle una encuesta sobre su estado de salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Los resultados del presente cuestionario son de utilidad exclusiva para la investigación y de carácter anónimo. Agradecemos de antemano su colaboración para responder el siguiente cuestionario, con la mayor sinceridad posible.

II. INSTRUCCIONES: Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Sino está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

III. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PACIENTE

ID:

FECHA:

SECCIÓN I: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Edad:

Grado de instrucción: Sin estudios () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

Estado Civil: Soltera () Casada () Viuda ()

Conviviente () Separada ()

Situación Laboral: Empleada () Con Licencia ()

Jubilada () Ama de casa ()

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	2 <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	3 <input type="checkbox"/> No, no me limita nada
--	--	--

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-------------------------------

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-------------------------------

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-------------------------------

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-------------------------------

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-------------------------------

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-------------------------------

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	-------------------------------

20. 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?

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

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

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

22. 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)?

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

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.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 <input type="checkbox"/> Siempre	2 <input type="checkbox"/> Casi siempre	3 <input type="checkbox"/> Muchas veces	4 <input type="checkbox"/> Algunas veces	5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	6 <input type="checkbox"/> Nunca
------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

32. 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)?

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente cierta	2 <input type="checkbox"/> Bastante cierta	3 <input type="checkbox"/> No lo sé	4 <input type="checkbox"/> Bastante falsa	5 <input type="checkbox"/> Totalmente falsa
---	--	-------------------------------------	---	--

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente cierta	2 <input type="checkbox"/> Bastante cierta	3 <input type="checkbox"/> No lo sé	4 <input type="checkbox"/> Bastante falsa	5 <input type="checkbox"/> Totalmente falsa
---	--	-------------------------------------	---	--

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente cierta	2 <input type="checkbox"/> Bastante cierta	3 <input type="checkbox"/> No lo sé	4 <input type="checkbox"/> Bastante falsa	5 <input type="checkbox"/> Totalmente falsa
---	--	-------------------------------------	---	--

36. Mi salud es excelente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente cierta	2 <input type="checkbox"/> Bastante cierta	3 <input type="checkbox"/> No lo sé	4 <input type="checkbox"/> Bastante falsa	5 <input type="checkbox"/> Totalmente falsa
---	--	-------------------------------------	---	--

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✓ **TÍTULO:** Calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un Hospital de Lima-Perú, 2018.

INVESTIGADORAS:

- Águila Quispe Mayra Kelly Urb. San Antonio de Carapongo 40
Lurigancho
Celular: 991188411 guila_0308@hotmail.com
- Garriazo Castillo Vanessa Jr: Belisario Gutiérrez N° 380- Comas
Celular 986638494 nurse1561@hotmail.com

Estimada paciente:

Usted está siendo invitado a participar de este estudio de investigación. El propósito de este formulario de autorización es darle toda la información que usted necesita saber y que le ayude a decidir su participación.

Por favor lea cuidadosamente el formulario. Usted puede hacer todas las preguntas necesarias sobre el propósito del estudio y sobre cualquier duda que encuentre en este formulario que no esté claro. Cuando haya respondido a todas sus preguntas, usted puede decidir si desea ser parte del estudio de investigación o no.

Por favor tenga presente que su participación en este estudio de investigación es completamente VOLUNTARIA, usted puede decidir dejar de ser parte del estudio en cualquier momento sin perder ninguno de los beneficios regulares de atención médica.

Muchas gracias

PROPÓSITO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El propósito del estudio es determinar la Calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asiste al Programa de Rehabilitación en un Hospital de Lima, mediante la realización de unos cuestionarios.

Creemos que estudiar la calidad de vida de estas mujeres puede ayudar a mejorar el tratamiento y llevar a cabo los pasos para paliar los daños físico, emocionales y sociales.

Para poder lograrlo necesitamos la colaboración de todas aquellas mujeres que, encontrándose en esta situación, quieran ayudarnos a conocer mejor la realidad de sus vidas para poder mejorar su atención.

CONFIDENCIALIDAD:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Yo voluntariamente doy mi consentimiento para formar parte de este estudio, he leído atentamente la información de este formato de consentimiento y he entendido el propósito y la dinámica de este estudio. Entiendo que la participación es gratuita. He sido informada de la forma de cómo se realizará el estudio y del contenido del cuestionario. He discutido plenamente el estudio con el personal de investigación, y he tenido oportunidad de hacer preguntas, recibiendo respuestas satisfactorias. Comprendo que soy libre de no participar de este estudio o de abandonarlo en cualquier momento y mi decisión de participar o abandonar el estudio no afectará en mi tratamiento futuro o de algún servicio que actualmente recibo.

_____	_____	_____
NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FIRMA	FECHA

DNI:

_____	_____	_____
NOMBRE DEL INVESTIGADOR 1	FIRMA	FECHA

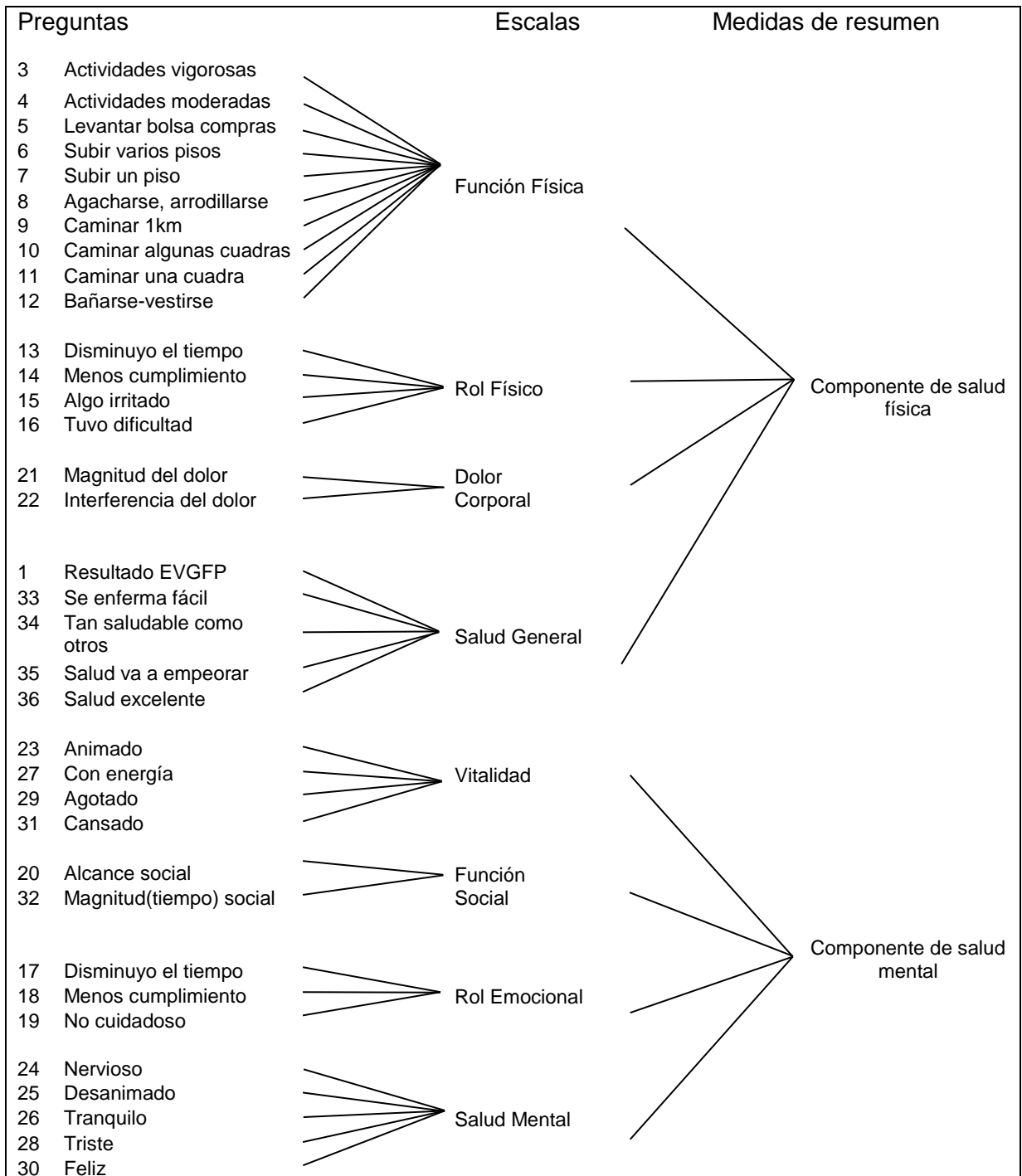
DNI:

_____	_____	_____
NOMBRE DEL INVESTIGADOR 2	FIRMA	FECHA

DNI:

Anexo 3

Modelo de medición del SF-36



Fuente: Traducido de Ware JE, et al, 1994

*EVGFP= Excellent, Very Good, Good, Fair, Poor

**Correlación significativa con otras medidas de resumen.

TITULO: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2018"

FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA	OBJETIVOS	ANTECEDENTES DE ESTUDIO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
¿Cuál es la calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018?	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima-Perú, 2018. <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar el componente físico de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018. -Identificar el componente mental de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018. -Describir las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama que asisten al Programa de Rehabilitación en un hospital de Lima, 2018. 	<p>Internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gardikiotis I, Manole A, Azoicăi D. (2015) "Calidad de vida con mastectomía para el cáncer de mama, en términos de las respuestas de las pacientes del cuestionario SF-36". -Miranda P, Almeida J, et al. (2013). En su artículo "La calidad de vida de brasileñas sobrevivientes del cáncer de mama". -Hundelhausen M, Julio A, Meza E, Perez K, Ripoll A. (2015) "Calidad de vida en mujeres mastectomizadas en dos instituciones de Cartagena en el año 2015" -Ruiz P. (2015) en su tesis "Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama". -Bajuk L, Reich M. (2011) "Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama" <p>Nacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Laos Manrique K. (2010) "Calidad de vida y la religiosidad en pacientes con cáncer de mama de un hospital general de Lima Metropolitana" -Moyano C, Orozco M. (2018) "Apoyo Social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, lima 2017". -Díaz C, Pacherras C. (2016) "Calidad de vida en mujeres con mastectomía, del servicio de cirugía del hospital regional docente las Mercedes Chiclayo 2016". -Cristóbal C, Ruíz L. (2016) "Calidad de vida e imagen corporal en mujeres mastectomizadas en el Servicio de Oncología del Hospital nacional Cayetano Heredia, lima – 2016" -Palacios M. (2014) "Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque 2008" -Espil M (2014) "Calidad de Vida en Mastectomizadas. Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo enero 2014" 	La investigación no presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo.	Calidad de vida: se refiere a la estimación y satisfacción de la persona respecto a su nivel de vida en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales	<p>Tipo de investigación</p> <p>El presente estudio es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo. - Prospectivo. - Básica - Transversal. - Descriptivo. <p>Diseño de la Investigación: No experimental</p>	La población estará constituida por 100 pacientes mastectomizadas que asisten al programa de rehabilitación en la unidad de Patología Mamaria del servicio de medicina física y rehabilitación de un hospital de Lima.