

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE
VIDA DE MUJERES MASTECTOMIZADAS DEL
CONSULTORIO EXTERNO GINECOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA DICIEMBRE 2016**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
FLOR DE MARIA PARRA HIDALGO**

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

LIMA – PERU

2018

ASESORA DE TESIS: MG. NORMA CORDOVA DE MOCARRO

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por guiarme a hacer realidad un objetivo anhelado.

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Por contribuir en mi formación profesional.

Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Por brindarme las facilidades de poder realizar mi trabajo de tesis en dicha institución, donde viví experiencias inolvidables.

A mi asesora

Por su apoyo incondicional, por brindarme su tiempo, sus palabras de ánimo para seguir adelante y apoyo para poder culminar mi trabajo de tesis.

DEDICATORIA

A mis padres porque con su amor incondicional, valores y mucha paciencia, me dan las fuerzas necesarias para seguir adelante en este objetivo que me he planteado.

RESUMEN

Introducción: La imagen corporal y calidad de vida de la mujer mastectomizada demanda una delicada atención, porque existen posibles situaciones en las que se ve inmersa e incómoda ya que esta mujer está atravesando por un cambio de imagen corporal drástico. Teniendo en cuenta su salud mental, física y social es posible que afloren sentimientos que les dificulte su nueva adaptación. **Objetivo:** Determinar la percepción de la imagen corporal y calidad de vida de mujeres mastectomizadas del consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Diciembre 2016. **Metodología:** El estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y corte transversal, en una población de 79 mujeres, aplicando dos instrumentos: el de Bis (Hopwood y Cols) de tipo Likert y el SF12. Los datos se presentaron en tablas y gráficos que respondieron a los objetivos de la investigación. **Resultados:** Se determinó que la percepción de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas es negativa en el 91.1%. (72) Y la calidad de vida que predomina también es negativa en el 84.8%(67).

Palabras clave: Percepción - imagen corporal -calidad de vida -mastectomía.

ABSTRACT

Introduction: The body image and quality of life of the mastectomized woman demands a delicate attention because there are possible situations in which she is immersed and uncomfortable since this woman is going through a drastic body image change. Taking into account their mental, physical and social health, feelings may arise that make their new adaptation difficult. **Objective:** Determine the perception of body image and quality of life of mastectomized woman. External gynecology clinic Hospital National Arzobispo Loayza. December 2016. **Methodology:** the Study is of a quantitative approach, descriptive type and cross-section, in a population of 79 women applying two instruments: the Bis (Hopwood y Cols) the likert type and the SF12. The dates were presented in tables and graphs that respond to the research objectives. **Results:** It was determined that the perception of body image of the mastectomized woman is negative in 91.1% (72) and the quality of life predominates is also negative in 84.8% (67).

Keywords: Perception - body image - quality of life – mastectomy.

PRESENTACIÓN

La imagen corporal es un constructo complejo donde interviene la percepción del cuerpo y cada uno de sus partes, con una valoración objetiva y subjetiva resultado del conocimiento aprendido, experiencias y emociones. En cuanto a la calidad de vida se basa en la satisfacción de necesidades físicas y no físicas en este caso de la mujer mastectomizada.

En el siguiente estudio se buscó determinar cómo las mujeres mastectomizadas ven su imagen corporal y que calidad de vida tienen; permitiendo evaluar el estado en que se encuentran que puede ser positiva o negativa, en aquellas mujeres que acuden a consultorio externo de ginecología del hospital nacional Arzobispo Loayza Diciembre 2016. Este trabajo es relevante porque permitirá al profesional de enfermería, quien tiene una interacción humana con el paciente y familiares a asegurar la satisfacción de las personas en forma oportuna y eficaz dentro del campo de salud, determinando la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas y evaluando en qué condiciones se reincorporan a la sociedad luego del alta y si están preparadas para adaptarse de su nueva imagen y vida basándonos en la teoría Calixta Roy.

Para estos fines, en el estudio se ha planteado los siguientes capítulos: **Capítulo I:** El problema. **Capítulo II:** Marco Teórico. **Capítulo III:** Metodología de la Investigación. **Capítulo IV:** Análisis de los resultados. **Capítulo V:** Conclusiones y Recomendaciones, finalmente se consideran las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
ASESORA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	viii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
I.a. Planteamiento del problema	13
I.b. Formulación del problema	15
I.c. Objetivos	15
I.c.1. Objetivo General	15
I.c.2. Objetivo Especifico	16
I.d. Justificación	16
I.e. Propósito	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
II.a. Antecedentes Bibliográficos	18
II.b. Base Teórica	26
II.c. Hipótesis	40
II.d. Variables	40
II.e. Definicion Operacional de Términos	41

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
III.a. Tipo de estudio	42
III. b. Área de estudio	42
III. c. Población y muestra	42
III. d. Técnica e instrumento de recolección de datos	43
III. e. Diseño de recolección de datos	44
III. f. Procesamiento y análisis de datos	45
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. Resultados	46
IV. b. Discusión	52
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V. a. Conclusiones	59
V. b. Recomendaciones	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1:	Datos generales de las mujeres mastectomizadas del consultorio externo del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Diciembre 2016	46
-----------------	---	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1 Percepción de la Imagen corporal de mujeres mastectomizadas del consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza Diciembre 2016.	48
Grafico 2 Percepción de la Imagen corporal de mujeres mastectomizadas, según dimensiones, del consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza Diciembre 2016.	49
Grafico 3 Calidad de vida de mujeres mastectomizadas del consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza Diciembre 2016.	50
Grafico 4 Calidad de vida de las mujeres Mastectomizadas, según dimensiones, del consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza Diciembre 2016.	51

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO 1	Operacionalización de Variables	73
ANEXO 2	Instrumento	77
ANEXO 3	Validez de instrumento	81
ANEXO 4	Confiabilidad de instrumento	82
ANEXO 5	Informe de la prueba piloto	86
ANEXO 6	Diseño muestral	87
ANEXO 7	Escala de valoración del instrumento	88
ANEXO 8	Consentimiento Informado	90

CAPITULO I: EL PROBLEMA

I.a. Planteamiento del Problema

Uno de los mayores índices de mortandad es el cáncer de mama que a pesar de muchos esfuerzos por reducir la mortalidad sigue siendo el de mayor predominio a nivel mundial y el más común en las mujeres; 1,67 millones de recientes casos en el 2012. Las cantidades varían desde 27 por cada 100.000 mujeres en el África central y Asia oriental y 96 por cada 100.000 mujeres en Europa Occidental.^{1,2}

Nuevos casos de cáncer de mama, al año aproximadamente 22.000, se encontraron en España, casi el 30% de todas las neoplasias en mujeres, lo que indica la primera causa de mortalidad por cáncer femenino, con 6.314 fallecimientos en 2011; representando el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en este país.³

Entidades internacionales como La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al cáncer de mama como el más común en las mujeres, evidenciándose en los países desarrollados y de igual forma en los países en vías de desarrollo. En el mundo desarrollado su número de casos ha ido en aumento, resultado de la creciente esperanza de vida, como la longevidad el incremento de la población.⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), muestra que es más frecuente en mujeres de América latina y el Caribe; indicando que en el 2008 se diagnosticaron más de 320 mil mujeres con este mal y se evalúa que para el 2030 aumentara en un 60%⁵ Recientemente, en México la mujer se reincorpora de forma temprana a sus actividades; pero su calidad de vida podría ser la menos adecuada por toda la sintomatología asociado a su manejo, por como capta y acepta la enfermedad y los cambios que el padecimiento se impone a la forma de vida.⁶ En Chile desde el 2009, esta neoplasia ocupa el primer lugar en defunciones promediando 1.130 fallecimientos anuales.⁷

El cáncer de mama en mujeres ocupa el segundo lugar a nivel nacional. En el 2012, ocupó el primer lugar en Lima y Callao. Alrededor de una de cada 29 mujeres menores o igual a 70 años padece de cáncer de mama, teniendo un valor de incidencia de 18.9 por cada 100.000 habitantes.⁸ Según las estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en las mujeres de 20-25 años 1/74 padecerá de esta enfermedad; las mujeres de 50 años tendrán 1/75 y el grupo de mujeres de 85 años tendrá 1/20.

Este tipo de neoplasia ocupa el primer lugar en porcentaje de casos nuevos en el INEN, teniendo un 19.4%.⁹ En el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de Lambayeque se observa un predominio de 14, 57% y ocupa el primer lugar con una cantidad de 13,61 % en 2007 a 2012.¹⁰ Considerando a Lima Metropolitana se estimó también que constituye la primera causa de mortandad con una cantidad de casos alrededor de 32 por 100 000 mujeres.¹¹

Estadísticas demuestran que el 70% de mujeres mastectomizadas, como resultado de un cáncer, según el INEN, van a percibir algún tipo de problema mental, como: depresión y ansiedad que, en el peor de los casos puede dar como resultado el suicidio,⁹ diversas consecuencias y efectos tanto a nivel físico, psicológico y social, afectando la vida de las mujeres que se someten a este procedimiento, considerando que aparentemente han perdido su feminidad tras el cambio de su imagen.⁴

Abordar el tema de cáncer es una situación muy delicada, y aunque muchas de las mujeres no lo acepten, el cáncer de seno causa muchos sentimientos de temor.¹² Las mujeres mastectomizadas atraviesan por muchos cambios que marcan, a veces duramente su percepción; la cicatriz dejada por la operación, a la vez los cambios relacionados a la quimioterapia y/o radioterapia, etc. Sus vivencias de pérdida son experimentadas por cada mujer en forma distinta, teniendo en cuenta la edad, el estado civil y grado de instrucción, entre otros juegan un papel importante.¹³

Otros de los aspectos que trascienden en las mujeres mastectomizadas es la calidad de vida que enfrentarán después de este procedimiento por que llega a tener un impacto en la forma de verse así misma ya que padecieron la pérdida

total o parcial de la mama por cáncer.¹⁴ Su calidad de vida llega a ser un proceso de adaptación que se ve influenciado por la manera que se acepta y lleva la enfermedad. Es por ello que trasciende en su calidad de vida futura.¹⁵

Durante las prácticas realizadas se pudo interactuar y observar que las mujeres mastectomizadas que acuden a sus controles en el consultorio externo del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispa Loayza despliegan sentimientos de ansiedad, temor, tristeza que manifiestan con el llanto y que a raíz de su operación han percibido cambios en su imagen corporal como mujer y en su forma de vivir. Además, refieren: “después de la operación sentí un vacío, como si me faltara algo.” “Me siento menos mujer.” “La intimidad con mi pareja ha cambiado.” “no quiero que la gente me vea, se van a dar cuenta que me falta algo”. “Mi vida ya no es la de antes”, “no me siento plenamente viva”

Después de haber observado la situación problemática en dicho hospital se llega a formular la siguiente pregunta

I.b. Formulación del Problema

¿CÓMO ES LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS DEL CONSULTORIO EXTERNO GINECOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, DICIEMBRE 2016?

I.c. Objetivos

I.c.1. Objetivo General

Determinar la percepción de la imagen corporal y calidad de vida de mujeres mastectomizadas del consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Diciembre 2016.

I.c.2. Objetivo Específico

Identificar la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas, según:

- Grado de satisfacción con la apariencia vestida,
- pérdida de la feminidad,
- grado de satisfacción con la apariencia desnuda,
- sentimientos acerca del atractivo sexual,
- pérdida de la integridad corporal, grado de satisfacción con la cicatriz.

Identificar la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas, según:

- Función física,
- social,
- rol físico,
- emocional,
- salud mental,
- vitalidad, dolor corporal,
- salud general.

I.d. Justificación

Debido a la situación problemática de la mujer con cáncer de mama las estadísticas han ido en aumento y debido a esto su tratamiento, la mastectomía, sobre la percepción de su imagen corporal tiene mayor relevancia por los estragos que causa además de los resultados epidemiológicos y sus implicaciones psicosociales. Ya que en muchas culturas el pecho de la mujer está íntimamente relacionado con el atractivo físico y su sexualidad. Por otro lado la calidad de vida en aquellas pacientes que han afrontado esta terrible cirugía, podría verse alterada, pues muchas veces les dificulta al desempeñarse en sus labores cotidianas. Ya sea por defecto físico, emocional, social, mental, dolor, salud general y vitalidad, que no les permita una calidad de vida óptima.

La relevancia de este tema es contribuir, con los resultados que se obtengan, a mejorar la salud de la mujer; a fin de que los profesionales de enfermería conozcan las grandes o pequeñas problemáticas y de esta manera encontrar soluciones a beneficio de la imagen corporal y calidad de vida de la mujer mastectomizada.

Centrándose sobre todo en las dudas que la paciente tenga, pudiendo realizarse algún tipo de programa o plan de salud educativo; ya que si se pasa por alto podría llegar a afectar de manera significativa la representación que tiene cada paciente de su imagen corporal y calidad de vida, luego del alta. Por lo contrario, si todos los objetivos a beneficio de la mujer mastectomizada son alcanzados y se da de forma oportuna podríamos lograr una mejor reinserción a su entorno familiar y social.

I.e. Propósito

Para que sirva como guía y estímulo, en el desarrollo de programas de orientación, ayuda y rehabilitación, a la paciente que está a travessando por las secuelas de una mastectomía. Programas que serán lideradas por enfermeras, con la intención de favorecer una adecuada reinserción a su entorno y procurar la pronta aceptación a su imagen corporal y calidad de vida. Seguir talleres de eficacia de enfermería con estudios cuantitativos y cualitativos, trabajando en equipo multidisciplinario tomando como punto de ayuda nuestros diagnósticos enfermeros. Así mismo que las instituciones formadoras de profesionales de enfermería sigan impulsando y motivando a los trabajos de investigación a favor del desarrollo y a beneficio de la salud, en este caso de la mujer que pasa por la dura prueba de la mastectomía y las consecuencias en su imagen corporal y calidad de vida.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

II.a. Antecedentes Bibliográficos

Antecedentes Internacionales:

Coello Gomezjurado MC. **“IMAGEN CORPORAL EN LAS MUJERES CON CANCER DE MAMA, SOMETIDAS A MASTECTOMIA O CUADRANTECTOMIA, SEGÚN DIFERENTES DISTORSIONES COGNITIVAS”**. Cuenca-Ecuador 2016. El objetivo de esta investigación fué establecer la relación que existe entre la imagen corporal y las distorsiones cognitivas que presentan las mujeres en las que se realizó la mastectomía o cuadrantectomia. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo analítico, en donde participaron 30 mujeres con cáncer de mama, que asistieron a SOLCA-Cuenca. Se aplicó la Escala de imagen Corporal de Hopwood y la Escala de Pensamientos Automáticos de Lujan. En conclusión, la percepción de la apariencia física de la imagen corporal de estas mujeres, se encuentra dentro del rango normal, por lo cual dichos aspectos no se vieron alterados de manera significativa. De acuerdo al análisis de las preguntas de esta escala, se encontró que los aspectos que más influyen se relacionan a la incomodidad con verse desnudas, la inconformidad del aspecto de su cicatriz y la percepción de que su cuerpo ha quedado incompleto.

En la muestra se evidencia la intranquilidad que tienen acerca del aspecto económico en relación a su enfermedad. Dentro de los factores influyentes para no evidenciar ninguna dificultad en la parte sexual ni social, se debe a que gran parte de la muestra expreso no tener relaciones íntimas. Las distorsiones cognitivas evidenciadas en este estudio no se relacionaron con la percepción de su imagen corporal después de haberse sometido a la intervención quirúrgica.¹⁶

Delgado Iglesias R. **“IMAGEN CORPORAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES MASTECTOMIZADAS”**. Madrid – España 2015. Tuvo como objetivo evaluar las posibles diferencias asociadas a la edad sobre su percepción de la imagen corporal, así como los estilos de afrontamiento activos y pasivos que predominan en cada edad, al enfrentarse a las repercusiones físicas de los tratamientos del cáncer de mama. El método es de tipo transversal cuantitativo conformado por dos grupos de mujeres mastectomizadas (N=30) (etapa de adultez temprana (25-45 años) y adultez intermedia (45-65 años)), utilizando con instrumento de evaluación: la Escala de Imagen corporal: Body Image Scale (S-BIS) y la Estrategias de afrontamiento: Brief Cope Inventory (BCI). Los resultados confirmaron que las mujeres con una menor edad presentaban una mayor distorsión de su imagen corporal, pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a los estilos de afrontamientos, tanto activos como pasivos, ni con la imagen corporal. Encontramos que las mujeres de adultez intermedia, presentan una menor problemática sobre su imagen (autoconcepto e identidad definida) y con una mayor tendencia a estilos de afrontamiento más activos (humor y aceptación) frente a las mujeres en etapa de adultez temprana (afrontamiento activo y planeamiento).¹⁷

Díaz Ortega MB. **“LA IMAGEN CORPORAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA EN PERSONAS CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (MASTECTOMÍA) EN SOLCA TUNGURAHUA.”** Ambato-Ecuador 2014.

Se buscó como objetivo analizar cómo incide la imagen corporal sobre la autoestima en mujeres con intervención quirúrgica (mastectomía) Solca Tungurahua. La metodología es de tipo cualitativa porque la información se obtuvo mediante un cuestionario para ver el grado de satisfacción de la imagen corporal y un test psicométrico dirigido a la autoestima para ver los niveles de la misma. Cuantitativa porque fue medible y permitió su tabulación, para después realizar un análisis e interpretación de datos. Se realizó a las mujeres con intervención quirúrgica (mastectomía) en Solca Tungurahua., según datos obtenidos se considera que la población del universo es un pequeña ya que se

realiza 1 o 3 mastectomías por mes por lo que la muestra es de 37 mujeres mastectomizadas. Se utiliza los cuestionarios de imagen corporal (Body Image Scale) de Hopwood (1993) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. En los resultados se pudo evidenciar que las mujeres con intervención quirúrgica (mastectomía) de Solca tienen un grado de insatisfacción con su imagen provocando una imagen corporal negativa. Los resultados obtenidos con el test de autoestima de Rosenberg en el cual evidenciamos que el 84% de las mujeres tienen una autoestima baja, y el 16% una autoestima alta, podemos comprobar que las mujeres con intervención quirúrgica (mastectomía) de Solca si se ve afectada su autoestima. ¹⁸

Aguilar Cordero MJ, Neri Sánchez M, Mur Villar N y Gómez Valverde E. **“INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIAL EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE LAS MUJERES INTERVENIDAS DE CÁNCER DE MAMA”**. México-España 2013. Se determinó la influencia del contexto social sobre las variables. Siendo el estudio observacional, descriptivo y transversal. Los escenarios del estudio fueron México y España. La población total estuvo conformada por 72 mastectomizadas de las cuales 30 eran de México y 42 eran de España. Se aplicó la escala de Bis de Hopwood. Resultados: la mayoría de las mujeres mastectomizadas (67.7%) se encuentran en sus trabajos en comparación con las mujeres mexicanas (43.3%). Mientras las mujeres se reincorporan más pronto a sus trabajos y aumentan su nivel educativo, mejora la aceptación de su nueva imagen corporal. En cuanto a la percepción de la nueva imagen corporal es mejor en aquellas mujeres que tienen entornos sociales más desarrollados. Es por ello que en este estudio lograron concluir que el contexto social influye en como la mujer ve su propio cuerpo. El mantenerse activas laboralmente y el grado educativo fueron determinantes de la percepción de la misma. ¹⁹

Barsotti Santos D. **“LA SEXUALIDAD Y LA IMAGEN CORPORAL DE MUJERES CON CANCER DE MAMA”**. Sao Paulo – Brasil 2012. El objetivo de este estudio es comprender las repercusiones del proceso diagnóstico y del

tratamiento, en la sexualidad e imagen corporal, de la mujer con cáncer de mama. Material y método: el estudio de abordaje cualitativo se basó en la teoría de los *Script*s Sexuales que propone explicar los procesos por los cuales las personas organizan sus conductas sexuales por la interacción en escenarios culturales, *Script*s interpersonal y *Script*s de subjetividad. Se realizaron encuestas individuales: los cuales fueron audios grabados y transcritos integralmente. Resultados: 36 mujeres de 36 a 76 años participaron en el estudio. La mayoría mantenía una relación de pareja, tenía hijos, tenía hasta ocho años de escolaridad, no ejercía actividad profesional retribuida y era católica. El diagnóstico fue realizado entre 1992 y 2010. Un poco de la mitad fue sometida a cirugías conservadoras de la mama y todas hicieron, por lo menos un tratamiento (neo) adyuvante. Fueron delimitadas 6 categorías de análisis y escenarios culturales: 1. El discurso sobre el cáncer: etiología de la enfermedad, opiniones sobre la persona con cáncer y su percepción antes y después de la enfermedad. 2. El discurso sobre la sexualidad: definiciones de género, el atractivo sexual y sexualidad. *Script*s interpersonales. 3. Comunicación sobre la sexualidad: con los parientes amigos y colegas; con el compañero afectivo sexual y con profesionales de la salud. 4. Relacionamiento con compañero: relacionamiento anteriores y actuales. *Script*s de la subjetividad: 5. Cambios corporales: preocupación con la apariencia del cuerpo desnudo, preocupación con la apariencia del cuerpo vestido; preocupación con la pérdida del potencial productivo, y preocupación con características corporales no relacionadas con el tratamiento. 6. Vida sexual: algunas mujeres afirmaron que no hubo mejora en la vida sexual después del cáncer de mama, una parte afirmó que la vida sexual permaneció igual y otras afirmaron que su vida sexual empeoró. Expectativas de mejora de la vida sexual. Las categorías permitieron la identificación de cuatro *Scripts* sexuales: 1. *Script* sexual que envuelve una sexualidad restringida al acto sexual y relaciones tradicionales de género bien delimitadas. 2. *Script* sexual que comprende las relaciones de género de modo difuso con la valoración del bienestar y placer sexual femenino. 3. *Script* sexual de valoración exacerbada de la vivencia sexual. *Script* sexual; del envejecimiento. Consideraciones finales: conocer algunos *Scripts* sexuales

disponibles en la sociedad brasileña relacionados a la sexualidad e imagen del cuerpo en el cáncer de mama puede auxiliar a profesionales de la salud en la atención de los pacientes.²⁰

Irarrázaval ME, Kleinman P, Silva RF, Fernández González L, Torres C, Fritis M, et al. **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CHILENAS SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA”**. Chile 2016. El Objetivo fue evaluar la QOL en sobrevivientes chilenas del cáncer de mama. Pacientes y métodos: noventa y un pacientes de cáncer de mama mujeres de entre 38 y 83 años de edad, que terminaron su tratamiento oncológico al menos un año antes de su evaluación, que estaban libres de enfermedad y en seguimiento médico fueron incluidos en el estudio. Todas las pacientes recibieron tratamiento quirúrgico: 42 (46,2%) cirugía conservadora (CC) y de 49 (53,8%) pacientes con mastectomía total, en 79,6% se realizó reconstrucción mamaria (MTR). Completaron el cuestionario central QLQ-C30. A mayor puntaje en escalas funcionales mejor funcionalidad. A mayor puntaje en escalas de síntomas mayor sintomatología. Resultados: cuarenta y ocho por ciento de las encuestadas fueron sobrevivientes a largo plazo (más de cinco años). Las puntuaciones de QOL global fueron altas (73.6 +- 18.2) se observaron puntajes altos en todas las escalas funcionales; mas del 75% puntuó 100 en funcionamiento del rol (quehaceres y pasatiempos) y social. El funcionamiento emocional fue el más bajo (72.1). Las puntuaciones más altas fueron: insomnio (=21.2), dolor (=20.8) y fatiga (=19.1). La imagen corporal, la función sexual y la preocupación por el futuro fueron los problemas más relevantes. Su imagen corporal fue superior en quienes se realizó cirugía conservadora de mama (p= 1.008), y la función cognitiva fue mejor en los pacientes en etapa temprana de la enfermedad (p= 0.03) y en aquellos con más de cinco años de supervivencia (p= 0.04). Conclusiones: incluso cuando las puntuaciones globales de QOL eran altas, algunos síntomas eran frecuentes. La conciencia sobre estos problemas y síntomas debe mejorar su diagnóstico y tratamiento.²¹

Pastells Pujol S, Front Guiteras A. **“OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. Barcelona. España 2014.”** Se buscó analizar la probable relación entre las variables, intentando obtener información acerca de que parte de su calidad de vida están relacionados con actitudes optimistas y cuáles no tienen relación y utilizarlo de forma conveniente para un mejor tratamiento. El estudio estuvo conformado por 50 mujeres en quienes en muchos aspectos de su calidad de vida el optimismo estaba fuertemente relacionado. Evidenciando en ellas que a mayor disposición de optimismo hay menos dolor e ira, a la vez que presentan menos dificultad al movimiento, menos cansancio, concilian mejor el sueño y que les permite continuar con los quehaceres cotidianos en casa o en el trabajo, hay mayor ilusión y mejor manejo del miedo.²²

Trejo Ochoa JL, Maffuz Aziz A, Said Lemus FM, Domínguez Reyes CA, Hernández Hernández B, Villegas Carlos F, Rodríguez Cuevas S. **“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA CON CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA”.** México 2013. Buscó evaluar la calidad de vida luego de realizar la reconstrucción de mama, la percepción de los resultados estéticos, el efecto en su vida sexual y confrontar los resultados con quienes no aceptaron la reconstrucción. Fue un estudio retrospectivo observacional, descriptivo y analítico. Se aplicó el cuestionario “The short form Healt Survey Questionnaire 36” (SF-36). A 37 pacientes de 48.4 años recibieron reconstrucción mamaria. La reconstrucción de mama tuvo un efecto positivo prudentemente mayor a la calidad de vida, y se encontró serios daños en su sexualidad a quienes no recibieron reconstrucción de mama.²³

Antecedentes Nacionales:

Espil Vásquez MA. **“CALIDAD DE VIDA EN MASTECTOMIZADAS”.** Trujillo – Perú 2014. Buscó determinar la calidad de vida en mastectomizadas. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo realizado a 60 pacientes intervenidas, a quienes se le aplicó el cuestionario SF12. Víctor Lazarte Echegaray, en el mes de enero del 2014. Se clasificó la calidad de vida a quienes solo recibieron

mastectomía, como buena, las q recibieron cirugía mas quimioterapia, mala calidad de vida; y las que recibieron además quimioterapia y radioterapia a la vez, mala calidad de vida. Obteniendo como calidad de vida global fue baja, obteniendo que el componente de salud física sea bueno a contrario del componente de salud mental.²⁴

Lostanau Calero AV, Torrejón Salmón CS. **“ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA”**. Lima – Perú 2013. Se buscó examinar las variables socio demográficas sobre los componentes físico y mental de la calidad de vida relacionado con la salud (CVRS). La población fue de 53 mujeres adultas entre 30 y 69 años de edad. Utilizando el cuestionario de salud SF-36, se encontraron niveles promedio y altos de la CVRS. El componente físico da como resultado una mala calidad de vida a comparación del componente mental, especialmente en mujeres migrantes.²⁵

Soto Cáceres V, Soto Cáceres Cabanillas, R. **“NIVEL DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LAS PACIENTES CON Y SIN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RADICAL DE CÁNCER DEMAMA. HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA”**. Chiclayo-Perú 2012. Se buscó compara el nivel de percepción de la calidad de vida con y sin intervención quirúrgica radical. El estudio fue de tipo analítico de casos y controles emparejados de 38 pacientes con neoplasia. Aplicándose los cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ C-30 Y QLQ BR-23. La calidad de vida global valorada de parte de los casos es de 92.1 puntos muy semejante a los controles 95.7 puntos, por otro lado la percepción de estado de salud general es de 92.4 puntos en los casos y de 94.4 puntos en los controles. La proporción de los casos con percepción de mala calidad de vida (<60 puntos) fue de 21.1% y los controles correspondieron al 15.7%. Por ello el nivel de percepción de mala calidad de vida en pacientes con neoplasia de mama con la cirugía radical se ve afectada solo en 5.27% más respecto a aquellas que no fueron mastectomizadas.²⁶

Los antecedentes revisados demuestran que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y sometida a una mastectomía tienen dificultades en diferentes dimensiones con respecto a su imagen corporal y calidad de vida, optando actitudes que no favorezcan a un desarrollo evolutivo frente a esta terrible cirugía, lo cual puede producir adaptaciones de manera negativa que puedan atentar contra su salud física, mental, social y sexual

II.b. Base Teórica

II.b.1.PERCEPCIÓN

Según Whitaker la percepción es un proceso bipolar, relativo a las características de los estímulos que activan los sentidos; mientras que el segundo abarca las características de la persona (Experiencias, motivos, actitudes, personalidad, etc.).²⁷

Según Costa (1981) refiere que “la percepción es el conjunto de actividades que emerge de un proceso físico de la visión al recibir consciente e inconscientemente las señales que emanan del entorno en el que se encuentran y que permiten o provocan, estados y reacciones”²⁸

Según Manu (1984) describe que la percepción es la forma en que se forman las impresiones sentimiento u opiniones acerca de una persona, influenciada por procesos subjetivos como emociones, deseos y sentimientos.²⁷

La percepción, según Day, es el desarrollo a través del cual tenemos idea de lo que ocurre en nuestro entorno y en nosotros mismos, evidentemente es algo más de lo que se percibe con los sentidos, puesto que intervienen la comprensión y el significado de algo. Aunque la percepción cumple un papel importante, va a depender de la particularidad de cada persona que lo percibe, el entendimiento, necesidades y las emociones que pueden incidir en forma pasiva o negativa.²⁷

Según las definiciones anteriores podemos decir que la percepción es la consecuencia de un desarrollo mental activo, por medio del cual la conciencia interpreta los estímulos de los sentidos sobre algunas cosas, situaciones o sucesos, desde el cual se forman impresiones acerca del mundo que nos rodea que van a ser influenciados por las emociones y experiencias, conocimientos y necesidades, teniendo en cuenta la singularidad de cada persona. Por último, la percepción de la mujer mastectomizada, está dada por el efecto que se forma en cuanto a los nuevos sucesos de cambio o significación que

representa su imagen corporal en base a sentimientos que van a influir en sus conductas.

II.b.2. PERCEPCIÓN E IMAGEN CORPORAL

La percepción es un hecho aprendido, concluyendo que no hay dos personas que tengan la misma percepción sobre objetos hechos o situaciones. Muchos autores (según Raich) indican la importancia de la percepción del cuerpo sobre la autoestima en un 25 por ciento.²⁹

Tomando en cuenta la perspectiva (de Zenón Pereyra) nos explica que “la marca de la religión, el mito, las ideologías, las costumbres y fundamentalmente la marca de las clases sociales, son mediaciones que fundan el modo de pensar, el sentir y el usar los cuerpos”. Para lo cual persona es intérprete e interpretado en un consecuente dialogo corporal.²⁹

Por otro lado (según Lipowsky-1970), la toma de decisiones es la base que puede influir en la percepción de las pacientes con cáncer de mama. El significado que se le da a la enfermedad puede causar un efecto sobre la capacidad de afrontamiento hacia la misma. Teniendo en cuenta el predominio de su cultura: reto, enemigo, castigo, debilidad, pérdida irreparable, alivio, estrategia y valor.²⁹

II.b.3. IMAGEN CORPORAL

Tomando en cuenta nuestra cultura (occidental), el pecho de la mujer representa su femineidad relacionado con su sensualidad y sexualidad. Así como un atributo a la maternidad y lactancia, por ende, para algunas mujeres la pérdida de este órgano femenino implica un fuerte impacto que va más allá de lo físico.³⁰

La imagen corporal es la percepción que tenemos de todo nuestro cuerpo en general y de cada una de sus partes, así como sus funciones y sus límites, pero no solo del físico si no, del significado y valoración que cada persona le atribuye. Teniendo en cuenta la experiencia subjetiva como; los sentimientos y pensamientos. Y la forma de comportarnos originado de los conocimientos y

emociones que se hayan experimentado.³¹ Según Fernández la imagen corporal es “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos”

Según diversos autores, Pruzinsky y Cash, existen varias imágenes corporales interrelacionadas.³²

Imagen corporal **perceptual** referido a lo que se puede ver y procesar mentalmente con respecto a nuestro cuerpo, teniendo en cuenta el tamaño y forma de nuestro cuerpo y cada una de sus partes.

Imagen corporal **cognitiva** referido a lo aprendido derivando pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre nuestro cuerpo.

Imagen corporal **emocional**, referida a los sentimientos sobre la conformidad de nuestro cuerpo y la experiencia que otorga a nuestra figura.³²

La imagen corporal que cada persona tiene es una vivencia subjetiva, y no necesariamente tiene una relación exacta con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características.³³

- Es multifacético. Porque interviene lo objetivo y subjetivo.
- La imagen corporal está relacionada con la autoconciencia. Porque lo percibido lo procesa mentalmente.
- Está socialmente determinada. Desde que se nace existen dominios sociales que causan un efecto en la auto percepción del cuerpo.
- La imagen corporal es una formación dinámica que varía a través del tiempo vivido en función a propias experiencias, de los dominios sociales, etc.

- La imagen corporal causa un efecto en la captación de información, la forma de ver el mundo está dominada por la forma en que pensamos y sentimos sobre vuestro cuerpo.

- el comportamiento está influenciado por la imagen corporal, de forma consciente, pres consciente e inconsciente.³³

Algunas influyentes en el cambio en la imagen corporal de las personas:

- La valorización o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta, ya que lo importante en este caso no es el cambio objetivo que ha sufrido la persona sino el significado que se le atribuye. Esta valoración está mediada por las creencias que posee el individuo sobre su imagen corporal, sus habilidades de afrontamiento y sus características de personalidad.³⁴

- A nivel perceptivo, parece una serie de alteraciones perceptivas como el interés selectivo en la zona afectada o la medida de ampliar la imagen a la hora de percibir el tamaño del daño.

-A nivel cognitivo, experimentan aprendizajes erróneos en relación al cuerpo, tales como una autocrítica basado en la pérdida, y constantes pensamientos formativos sobre el cuerpo. Además, aparecen creencias inútiles en relación al valor personal, como pérdida del atractivo y valor como persona; asociadas a la identidad de género.

- A nivel afectivo-emociona, Condicionadas al cambio físico como ansiedad, insatisfacción, hostilidad, displacer, etc.³⁴

En el caso del tratamiento del cáncer de mama hay evidencia de que las mujeres q reciben tratamiento de cirugía conservadora mantienen una mejor la imagen y la integridad corporal que las mujeres que se les realizo cirugías radicales.³⁵

Se observó, según el grupo Achte, un evidente resultado negativo de la imagen corporal a consecuencia de una mastectomía, revelado por sentimientos de vergüenza e insatisfacción al verse desnudas.³⁶ Vázquez- Ortiz et al. Hallaron que el 50 por ciento de las pacientes mastectomizadas sienten inquietud por el restablecimiento de sus relaciones sexuales, ya que existe el temor al rechazo

de la pareja y experimentan una disminución de su interés sexual. Al mismo tiempo existe un efecto negativo relacionado a su desnudez y atractivo físico.³⁷ Según Muñoz, 2010. La mastectomía, es aquella elección terapéutica que origina mayor deterioro de la imagen corporal y en el nivel de actividad sexual de las mujeres, y aplicada junto a la quimioterapia adyuvante provoca un mayor deterioro de la calidad de vida.³⁸

CUESTIONARIO ESCALA DE IMAGEN CORPORAL “BIS”.-

Fue creado por Hopwood y Cols en el año 2001. La imagen corporal escala (Bis) es una escala de auto-reporte y una medida de 10 producto desarrollado para evaluar con rapidez y de forma global afectiva (por ejemplo, sensación de auto-consciente), de comportamiento (por ejemplo, dificultad para mirar el cuerpo desnudo) y cognitiva (por ejemplo, satisfacción con la apariencia). Las dimensiones de la imagen corporal en pacientes con cáncer se han diseñado para su uso con cualquier tipo de cáncer o del tratamiento de los mismos. Se utiliza una escala de respuesta de 4 puntos (0 = nada a 3 = mucho) y la puntuación final es la suma de los 12 artículos, que van de 0 a 48, con cero representan ningún síntoma o señal de socorro y una puntuación más alta corresponde a aumentar la angustia y conocer la imagen corporal. El BIS reveló una solución de un solo factor y demostró buenas características psicométricas con una fiabilidad adecuada (α de Cronbach = 0.93) y validez adecuada.³⁹

DIMENSIONES CONSIDERADAS:

El nivel de afectación frente a la pérdida de una parte del cuerpo depende del lugar significativo que ocupa en la imagen corporal. La mama es el símbolo de representación de la sexualidad de la mujer íntimamente relacionado con la femineidad y la maternidad. Por ende, estos factores van causar efecto en como la mujer piensa, siente y actúa teniendo en cuenta los aspectos físico, mental y social, dando como resultado la aceptación de sí misma y de los demás. En relación al aspecto físico la mujer en algunos casos puede experimentar el rechazo a aceptar la cirugía, sus efectos la nueva percepción

física, sentirse menos atractiva, sentir vergüenza vestirse frente a su pareja. En el aspecto mental o psicológico puede experimentar sentimientos de tristeza, imperfección, culpa, inseguridad en relación con su pareja. En el aspecto social, se puede presentar conductas de apartamiento, evitar recibir visitas, no asistir a eventos sociales o familiares, temor al rechazo de los demás. ²⁷

Grado de satisfacción con la apariencia vestida:

El vestirse y desvestirse es una necesidad que ha ido de la mano del hombre desde su propia existencia realizando muchas funciones en relación a las diferentes épocas y estilos de la historia. La satisfacción de esta necesidad, o la manera de satisfacerla a conllevado al cumplimiento de otras necesidades como recalcar la imagen del cuerpo y a la vez sentirse seguro, realizado, comunicado.⁴⁰

A través de la vestimenta, intentamos resaltar nuestra figura, nos sentimos más guapas, atractivas y elegantes. Cumple con una clara función estética. La vestimenta también se utiliza para intentar seducir; un gran escote, un vestido ceñido o una falda corta pueden contribuir a conseguir un objetivo de seducción.⁴¹

Grado de satisfacción con la apariencia desnuda:

La satisfacción con la imagen del cuerpo son muchas, así como una buena o excelente autoestima, ánimo, óptima interrelación social, adecuada calidad de relaciones sexuales con la pareja, no haber tenido ningún aspecto desagradable sobre la percepción de su cuerpo, aceptar de forma positiva su apariencia desnuda.⁴²

Perdida de la feminidad:

Es todo lo contrario a lo que viene a ser feminidad.

La feminidad es la combinación de aspectos relacionados con su sexualidad y atractivo sexual, basados en el significado que se le otorga a las partes del cuerpo que la identifica como mujer, esenciales para su adaptación y

valoración. Teniendo en cuenta esto, la remoción de dichos órganos reproductores produce un daño psicológico por el impacto que causa.⁴²

En la estructuración de la imagen corporal como unidad, cada órgano del cuerpo desempeña un papel específico y posee una significación simbólica especial. Las mamas en la mujer, son órganos investidos de características simbólicas muy relevantes; su implicancia en la maternidad y la sexualidad las convierte en elementos esenciales de identidad femenina.⁴²

Perdida de la integridad corporal:

Todas las intervenciones reductoras desencadenan en la mujer un trastorno emocional cuya intensidad dependerá tanto de los factores relativos a la enfermedad y el órgano de que se trate, como de la repercusión que tenga la pérdida en su sentimiento de integridad personal y corporal en sus dimensiones sexuales y reproductivas. Entre estas, la mastectomía es temida como una operación mutilante y ejerce un impacto mayor que el de cualquier otra intervención.⁴²

La importancia que culturalmente se ha concebido a las mamas dentro de las normas de belleza resalta aún más su función simbólica dentro de la femineidad. Esto hace que estén relacionados con la valoración, tanto estética como femenina, de los pechos, en mayor medida en unas mujeres que en otras.

Todos estos atributos conllevan a que una pérdida de la mama constituya una verdadera mutilación con graves repercusiones psicológicas y sociales que alteran el curso y calidad de vida de la mujer que la sufre.⁴²

La mujer atravesará una faceta de pérdida; en la etapa siguiente a la operación experimentará la identificación y expresión de una nueva imagen corporal manifestando sentimientos desagradables, como: temor, cólera, tristeza, angustia y ansiedad por lo que vendrá después de la cirugía. Este sentimiento muchas veces causa un efecto sobre la forma de comportarse y actuar de la paciente, evidenciando en el aspecto conductual, insomnio, pensamientos

suicidas, suspensión de actividades cotidianas, dadas por aislamiento y evitación.²⁷

Sentimientos acerca del atractivo sexual:

En el ámbito de la sexualidad y atractivo sexual está fuertemente relacionado a los órganos sexuales, en este caso de la mujer, el pecho es un elemento de alta significancia.⁴³ (Sebastián Bueno y Mateos, 2002).

Algunas de las mujeres mastectomizadas se preocupan y temen dejar de ser atractivas sexualmente para su pareja, y que este reaccione negativamente frente a los cambios físicos dados por el tratamiento contra el cáncer d mama, como la mastectomía, la caída de cabello. Pero lo que la mujer siempre debe tener presente es que su pareja teme perder no es su físico, sino a ella misma.²⁷

Grado de satisfacción con la cicatriz:

Los actos quirúrgicos como la mastectomía exigen una redefinición de la feminidad cuando ésta ha estado apoyada y simbolizada sólo en las posibilidades reproductivas, proceso que aparece como fuente de vulnerabilidad.⁴²

Las mujeres que han sido mastectomizadas necesitan adaptarse a su nueva imagen corporal, ya que pueden sentirse poco atractivas e inexpertas de aceptar la herida por efecto de la cirugía, en ocasiones existen temores acerca de la aceptación de la cicatriz por parte de ella misma y resultantemente por el cónyuge.²⁷

II.b.4. CALIDAD DE VIDA:

Según la organización mundial de la salud (OMS), calidad de vida es algo más amplia, ya que esta "influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno". Es diferente al término "nivel de vida", que viene a ser un concepto más social, se traduce en aspectos como educación, condiciones de vivienda, ingresos individuales,

derechos humanos, etc.⁴⁴ calidad de vida se define con la forma de verse en la vida dentro de un contexto cultural y conjunto de valores en el que vive, sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Es una definición extensa y compleja que abarca globalmente a la salud física, psicológico, social y el nivel de independencia, creencias personales y la relación sobresaliente de su entorno.⁴⁵⁻⁴⁶ Calidad de vida es la percepción subjetiva de la vida expresada como un todo; referida a la significación de las pacientes sobre la complacencia con su nivel de funcionamiento normal confrontando con lo que ellas creían posible o ideal.⁴⁷

Muchos de los expertos en este tema captan la calidad de vida como una estructura de muchas dimensiones, construida por una serie de factores, a los que están incluidos el funcionamiento físico, enfermedad, síntomas relacionados con el tratamiento, y funcionamiento psicológico.⁴⁶

Palomino, 2000. Refiere el concepto de calidad de vida a la satisfacción objetiva y subjetiva del hombre; toma en cuenta dimensiones, como la espacial y temporal.

Felci y Perri: 1995 refiere que existen cuatro conceptualizaciones sobre calidad de vida:

Calidad en las condiciones de vida de una persona;

Satisfacción experimentada por las personas con dichas condiciones vitales;

Combinación de componentes objetivos y subjetivos (calidad de las condiciones de vida junto a su satisfacción correspondiente);

Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Mayers, Van y Balwin refieren que la calidad de vida se puede dividir en tres subcategorías:

Bienestar físico, bienestar normal y calidad de las relaciones.

La calidad de vida tiene muchas definiciones; no existiendo una conceptualización válida para todos los contextos, las personas o las etapas en el tiempo. A pesar que existan muchas dimensiones incluidas en las definiciones de calidad de vida, solo el sujeto es quien puede definirla realmente y darle su validez. (schalock, 2002).

Bienestar es también sinónimo de calidad de vida, y puede ser objetivo y subjetivo; considerado como felicidad o como un deseo humano. Por ello es que solo las personas pueden ser capaces de manifestar que tan felices o satisfechos se encuentran en diferentes aspectos de su vida. (Andrews y Withey, 1976 citado en Vera y Tánori s/f)

Calidad de vida es una definición compleja formada por un lado por las cantidades de sustento y por el otro, es una experiencia de felicidad, tristeza, expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral; todas se dan a partir de la interacción de todos los recursos del entorno con los intereses y valores particulares de un ambiente social. También implica una evaluación de conocimientos expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas disminuida o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes valoradas por la propia persona. (Garduño Estrada-2003) ⁴⁸

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL: (SF-12),- Fue creado por Ware, Kosinski y Keller. Su adaptación española fue hecha por Alonso, Prieto y Antó (1995). Este tipo de cuestionario otorga una calidad de vida subjetiva en relación al estado de salud. Evalúa ocho aspectos de salud: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos de salud, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales, vitalidad y salud general.

El SF-12 es la versión reducida del SF-36. Que evalúa las medidas sumario física y mental. La puntuación directa en una escala que va de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud).Alcanzada en cada una de

las ocho dimensiones analizadas. Su fiabilidad oscila entre 0.72-0.89 (Salyers et al., 2000). Su aplicación se da en cinco minutos.⁴⁹

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Dimensión física: Es referida al estado físico o salud, comprendida como ausencia de enfermedad, síntomas producidos por la enfermedad y sus reacciones adversas al tratamiento. Teniendo en cuenta que para tener una buena calidad de vida es muy importante estar sano.

Dimensión psicológica: está referida a la forma de verse así mismo en su estado mental y afectivo como sus características; el miedo, la ansiedad, la baja autoestima, y la duda sobre el futuro. Incluyendo también sus creencias espirituales y religiosas.

Dimensión social: está referida a la forma en que la persona se ve y se relaciona frente a los demás, incluyendo las responsabilidades sociales de su entorno. Teniendo en cuenta la necesidad de apoyo familiar, el desempeño familiar.⁴⁹

DIMENSIONES CONSIDERADAS PARA LA CALIDAD DE VIDA

Función física: es el grado en el que la enfermedad o parte del tratamiento para recobrar la salud limita las actividades cotidianas de la vida, como el autocuidado personal, caminar, subir escalera y realizar esfuerzos moderados e intensos.⁴⁹

Rol Físico. -es el grado en que la falta de salud interfiere o dificulta en el rol laboral y algunas actividades o funciones que estén bajo la responsabilidad de la persona ⁴⁹

Dolor corporal. -es la experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a un daño tisular. Es el grado o medida de la intensidad experimentada y su efecto en el trabajo y en las actividades cotidianas del hogar.⁴⁹

Salud general. -es la evaluación personal del estado de salud, incluyendo estado actual y la resistencia a enfermar.⁴⁹

Vitalidad. -es el grado de sensación de energía frente al cansancio y desánimo.⁴⁹

Función Social. -es el grado en que la falta de salud, problemas emocionales y físicos interfieren en la vida habitual e interrelación con las demás personas de su entorno.⁴⁹

Rol emocional. -es el grado en el que los problemas afectivos, ansiedad y de baja autoestima afectan el trabajo y otras responsabilidades, considerando la disminución de rendimiento, tiempo dedicado y esmero al realizar las actividades diarias.⁴⁹

Salud mental. -evaluación general de la salud mental. Considerando el grado de depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.⁵⁰ Por ello es relevante analizar el estado en la que se encuentra la usuaria antes, durante y después de someterse a la mastectomía, ya que este procedimiento desencadena muchos conflictos de autoestima, temores, creencias y ansiedad. Síntomas depresivos posteriores al alta.⁴⁸

Intervención de Enfermería en las diferentes fases del Cáncer de mama

Lo primordial de las diferentes intervenciones de enfermería es que la paciente mastectomizada mantenga una buena calidad de vida y un óptimo bienestar psicológico. Estas intervenciones van encaminadas a ayudar a que la mujer pueda afrontar de la mejor manera el diagnóstico y efectos de su tratamiento, disminuir la inquietud, ansiedad, aislamiento, a sentirse desprotegida; fomentando una actitud más participativa para su recuperación posterior y aclarar las percepciones e informaciones erróneas.

Diagnóstico: lo principal es identificar las creencias negativas de la enfermedad, mitigar el impacto del diagnóstico, respaldar las necesidades emocionales, sociales y espirituales de la paciente y de su entorno familiar, facilitando a su vez la percepción de control sobre la enfermedad.

Tratamiento: favorecer la adhesión al tratamiento; tolerancia y control de los efectos secundarios al tratamiento.

Remisión: favorecer a la expresión de miedos y preocupaciones que pueda sentir frente al proceso de adaptación a la vida cotidiana, familiar y laboral.

Recidiva: favorecer a la expresión de emociones, como rabia, tristeza, miedo, etc.; trabajando el proceso de adaptación al nuevo estadio de e enfermedad.

Terminal: ayudar en el control de síntomas como el dolor y otros síntomas físicos, detección y afrontamiento de problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comunicación entre la familia y la paciente; detectar y atender necesidades espirituales, apoyar a la paciente en el proceso de morir y la prevención de duelo patológico en los familiares.⁵⁰

II.b.4. Teoría de adaptación: Calixta Roy:

Desde el inicio de todos los tiempos y en todas las culturas la mujer ha sido identificada como símbolo de reproducción de la especie humana, esto ha influenciado mucho en la percepción de la mujer sobre su feminidad. Por ello cualquier alteración de su estructura física está asociada a secuelas emocionales.⁵¹

Una mujer mastectomizada se ha enfrentado a una dura realidad, con las que cualquier ser humano no está preparado, siendo un rudo golpe en su vida.⁵²

Para Calixta Roy la mujer, tiene un autoconcepto, el mismo que hace referencia a su propia imagen acerca de un todo como ser físico, social y espiritual, considerando la percepción interna; el yo físico y el yo personal, el primero relacionado con las sensaciones y la imagen corporal; y el segundo relacionado con la autoconciencia, el yo ideal, moral, ético y espiritual. Y la percepción de otros.⁵³

Es importante tener en cuenta la adaptación en el aspecto social y de trabajo de acuerdo a las condiciones en que se encuentra una mujer mastectomizada tras la intervención, recordemos que la mujer ha pasado por una fase de duelo tras la pérdida de la mama y en la mayoría de veces aparecen las situaciones difíciles como el desajuste social, en cuanto a relacionarse con las amistades, familia y pareja, por ello la mujer muchas veces presenta un retraimiento social y sexual relacionada a la enfermedad.

Las consecuencias que pueden experimentar las mujeres mastectomizadas pueden ser de no aceptar la cirugía, y los defectos de la misma, acompañado de su nueva apariencia física, sentirse menos femenina y tener vergüenza desvestirse frente a su pareja; puede experimentar sentimientos de tristeza y minusvalía, evitar eventos sociales o familiares, percibir temor al rechazo de los demás. ⁵⁴

Según Callista Roy las personas reciben constantemente estímulos que permiten que la persona se pueda adaptar a cualquier cambio, contribuyendo a la integridad de una persona, positiva o ineficazmente pues considera a las personas como sistemas abiertos. ⁵⁵

El modelo de adaptación de Calixta Roy se centra en que la misma persona va buscando estímulos de su entorno que contribuyen a la adaptación de nuevas situaciones. Las respuestas de adaptación eficaces son las que ayudan a la persona a cumplir el objetivo de adecuarse a su nueva forma de vida como las transformaciones que sufre la mujer mastectomizada y su entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen el objetivo esperado más por el contrario amenazan la calidad de vida de la persona y en su esfuerzo para adaptarse a tener bajo el control el entorno, resultado de esto, es la concesión de un óptimo nivel para la persona y de llevar una adecuada calidad de vida. ⁵⁶

II.c. Hipótesis

II.c.1. Hipótesis Global:

La percepción de la imagen corporal y calidad de vida en las mujeres mastectomizadas es negativa. Consultorio externo Ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza Diciembre 2016.

II.c.2. Hipótesis Derivadas:

La percepción de La imagen corporal en las mujeres mastectomizadas, es negativa según dimensiones: Grado de satisfacción con la apariencia vestida, perdida de la feminidad, grado de satisfacción con la apariencia desnuda, sentimientos acerca del atractivo sexual, perdida de la integridad corporal, grado de satisfacción con la cicatriz.

La calidad de vida de las mujeres mastectomizadas es negativa según sus dimensiones: Función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal, salud general.

II.d. Variables:

V1: Imagen corporal de las mujeres mastectomizadas

V2: Calidad de vida de las mujeres mastectomizadas.

II.e. Definición Operacional de Términos

Percepción de la Imagen corporal. Es la calificación que la mujer mastectomizadas le da a su aspecto físico luego de ser sometida a la cirugía y que será evaluada con el instrumento de “escala de BIS.

Calidad de vida. Es el bienestar o satisfacción que siente la mujer mastectomizadas; puede ser expresada de forma disminuida o amentada, y que solo puede ser juzgada por el sujeto y que será medida a través del instrumento SF-12.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

III.a. Tipo de Estudio

El estudio es de enfoque cuantitativo, porque se les asignó un valor numérico a los datos obtenidos, método descriptivo, al presentar la información obtenida tal y como se presenta en su tiempo y espacio determinado, bajo los lineamientos del diseño no experimental. De corte transversal, al haber aplicado el instrumento una sola vez a cada sujeto de estudio.

III.b. Área de Estudio

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el pabellón 7 donde se encuentra el servicio de ginecología consultorio externo. Ubicado en la Av. Alfonso Ugarte.848. Cercado de Lima, cerca de la plaza dos de mayo, en el centro de Lima, dentro del hospital se encuentra la facultad de enfermería Cayetano Heredia. El hospital consta de 3 pisos de altura con un sótano y un aserie de módulos independientes establecido por pabellones, donde funciona una serie de servicios de diferente especialidad. Tiene un área de terreno de 52,910.00m² y un área construida de 30,000.00 m². Desde la década de los sesenta se han multiplicado las construcciones, algunas de ellas sirven a la facultad de la universidad Mayor de San Marcos. Los pabellones son de distintos materiales (ladrillo, concreto y adobe)

III.c. Población y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por 100 pacientes mastectomizadas que acuden a consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Diciembre 2016. Para determinar el tamaño de la

muestra se utilizó la fórmula, por lo que se obtuvo una muestra de 79 (79.33) mujeres mastectomizadas. (Anexo 6)

Criterios de inclusión:

- mujeres que habían pasado por la cirugía de la mastectomía y
- asistían a sus controles en el consultorio externo de ginecología del hospital Loayza.
- Entre las edades que se consideraron fueron de 20 a 70 años..

Criterios de exclusión:

- mujeres que no habían sido mastectomizadas y
- aquellas que no desearon participar en el estudio de investigación.

III.d. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

De acuerdo al objetivo de estudio, variable y tipo de investigación, las técnicas que se emplearon para la recolección de datos fueron:

Escala de imagen corporal BIS (Hopwood y Cols) que sirve para estudiar los niveles de afrontamiento de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas; es una escala de auto-reporte y una medida de 10 producto desarrollado para evaluar con rapidez y de forma global afectiva. Las dimensiones de la imagen corporal en pacientes con cáncer se ha diseñado para su uso con cualquier tipo de cáncer o del tratamiento de los mismos. Se utiliza una escala de respuesta de 4 puntos (0 = nada a 3 = mucho) El BIS reveló una solución de un solo factor y demostró buenas características psicométricas con una fiabilidad adecuada (α de Cronbach = 0.93) y validez adecuada.

El instrumento Salud general SF-12 para estudiar la de Calidad de vida de las mujeres mastectomizadas evalúa ocho aspectos de salud: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos de salud, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, limitaciones en el rol por problemas

personales o emocionales, vitalidad y salud general. Su fiabilidad oscila entre 0.72-0.89 en el alfa de Cronbach.

Cuanta más alta es la puntuación, mas funcional es la dimensión explorada por cada una de las sub escala. Las respuestas varían de la siguiente forma: el reactivo 1 con 5 puntos va desde 1= excelente a 5= mala salud; los reactivos 2y 3 con 3 puntos donde 1 = me limita mucho a 3= no me limita; los reactivos 4-7 tienen respuestas dicotómicas 1= si y 2=no; el reactivo 8 tiene calificación de 1 a 5 puntos que va desde 1=nada a 5=demasiado; los reactivos 9-11 tiene valor de 1 a 6 puntos que van desde 1= siempre a 6=nunca; para el reactivo 12 sus opciones de res[puestas son 5, donde 1=siempre y 5=nunca. Para calcular las puntuaciones primero se puntúan inversamente los valores delos reactivo n3gativos (1, 8, 9, 10) a fin de que guarden el mismo sentido que el resto de reactivos. Segundo, todos los puntajes se transforman a una escala de 0 a 100, en la que mayor puntaje indica mejor salud.

III.e. Diseño de Recolección de Datos

Se inició con la presentación de un oficio para la autorización de estudio de campo, a la dirección del Hospital Nacional Loayza, que permitió el ingreso a los servicios de dicho hospital para realizar el presente estudio Las pacientes mastectomizadas del estudio fueron elegidas a partir de las estadísticas del servicio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y se cumplió con los criterios de inclusión y de exclusión. Siendo encuestadas previa presentación y explicación del estudio con firma del consentimiento informado. Este instrumento se brindó como parte del protocolo de investigación para asegurar la protección de los encuestados. Se explicó, además las circunstancias y condiciones del estudio, a la vez asegurándole su confidencialidad y no obligatoriedad a la hora de Participar. Seguidamente se aplicó tanto el instrumento de recolección de datos como la escala de imagen corporal (BIS) y el cuestionario SF12. (Setiembre-octubre 2016). (Anexo 2).

III.f. Procesamiento y Análisis de Datos

Procesamiento de datos

Se realizó una tabulación manual, previo control de calidad, y luego se codificará en una base de datos de Excel del programa de Microsoft Office, terminada la base de datos se procederá a procesar los datos en forma automatizada.

Análisis de Recolección de Datos

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados utilizando un software estadístico SPSS, previa elaboración de un libro de codificación de ítems en Excel, y una Tabla Matriz asignando para la variable, la puntuación para cada ítem es: con Se utiliza una escala de respuesta de 4 puntos (0 = nada a 3 = mucho) y la puntuación final es la suma de los 12 artículos, que van de 0 a 48, lo cual se calificara a mayor puntaje negativa y de menor puntaje de manera positiva. La versión SF-12 Los 12 ítems se puntúan siguiendo varias modalidades de respuesta, ya que es polifónica y se toma como punto de referencia la mediana

Los resultados son presentados en tablas y/o gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. Resultados

TABLA 1

**DATOS GENERALES DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS
DEL CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA
DICIEMBRE 2016**

Datos generales	Frecuencia total De pacientes	Porcentaje 100%
Edad		
Adulthood temprana (25-44)	28	35.4 %
Adulthood intermedia (45-60)	51	64.6 %
Grado de instrucción		
Sin estudio	1	1,3 %
Primaria	10	12.7 %
Secundaria	56	70.9 %
Tec. Superior	12	15.2 %
Religión		
Católica	57	72.2 %
Evangelista	10	12.7 %
Otros	12	15.2 %
Estado civil		
Casada	32	40.5 %
Viuda	5	6.3 %
Divorciada	5	6.3 %
Conviviente	37	46.8 %

De la población, en lo que se refiere a la edad el 64.6% (51), tienen de 45 a 60 años y el 35.4% (28) de 25 a 44 años. Según estado civil conviviente el 46.8% (37), casada el 40.5% (32) y, viuda y divorciada con un 6.3 % (5). Según grado de instrucción secundaria el 70.9% (56), técnico superior con 15.2% (12), primaria con 12.7% (10) y sin instrucción con un 1.3% (1). En la religión el 72.2% (57), es católica; 15.2%(12), otras religiones y evangelista 12.7% (10).

GRAFICO 1

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE MUJERES MASTECTOMIZADAS DEL CONSULTORIO EXTERNO GINECOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DICIEMBRE 2016

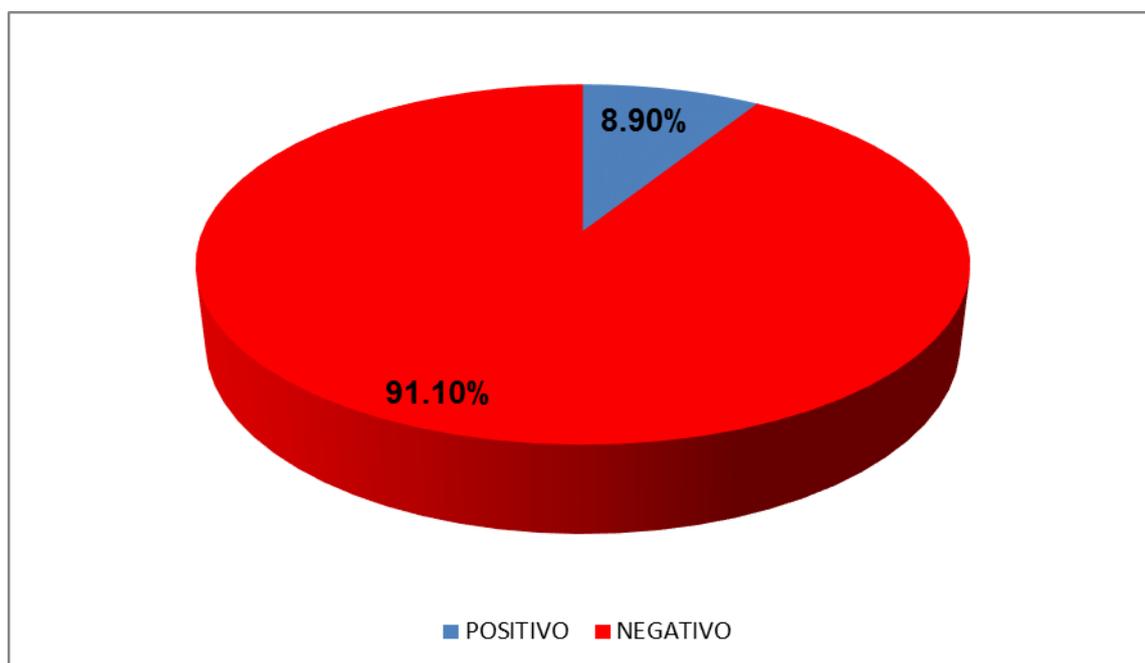
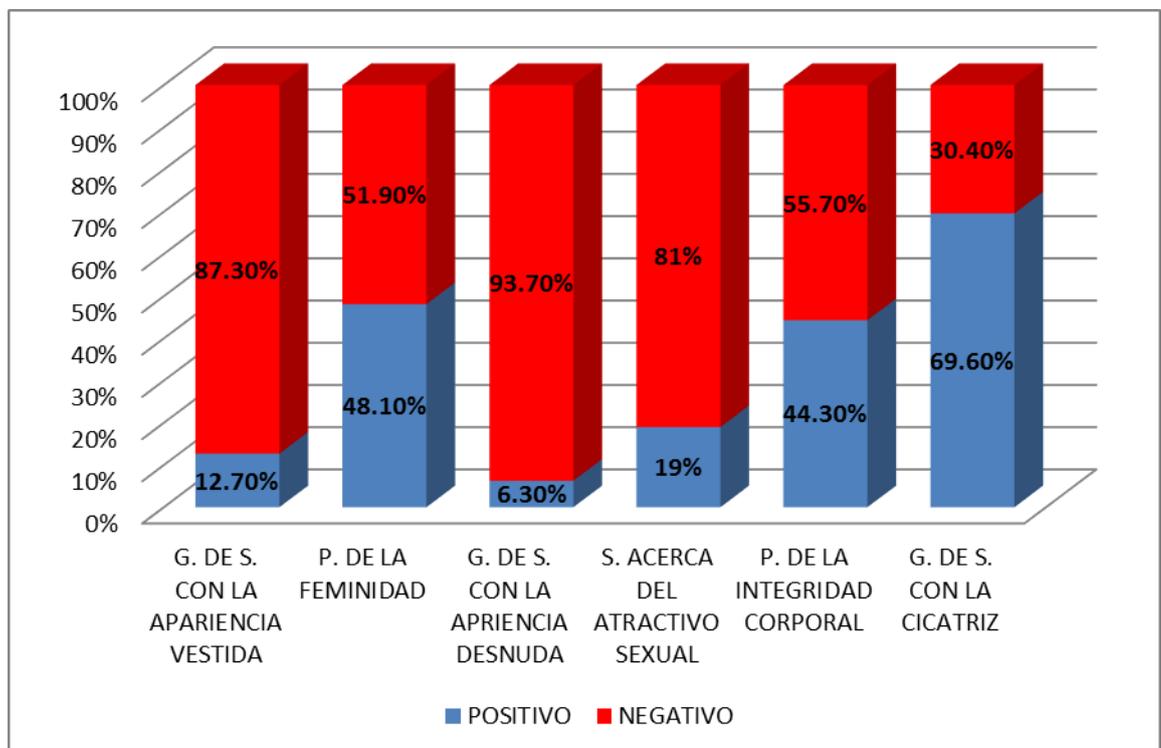


Imagen corporal de las mujeres mastectomizadas negativa 91.1% (72), imagen corporal positiva 8.9%(7).

GRAFICO 2

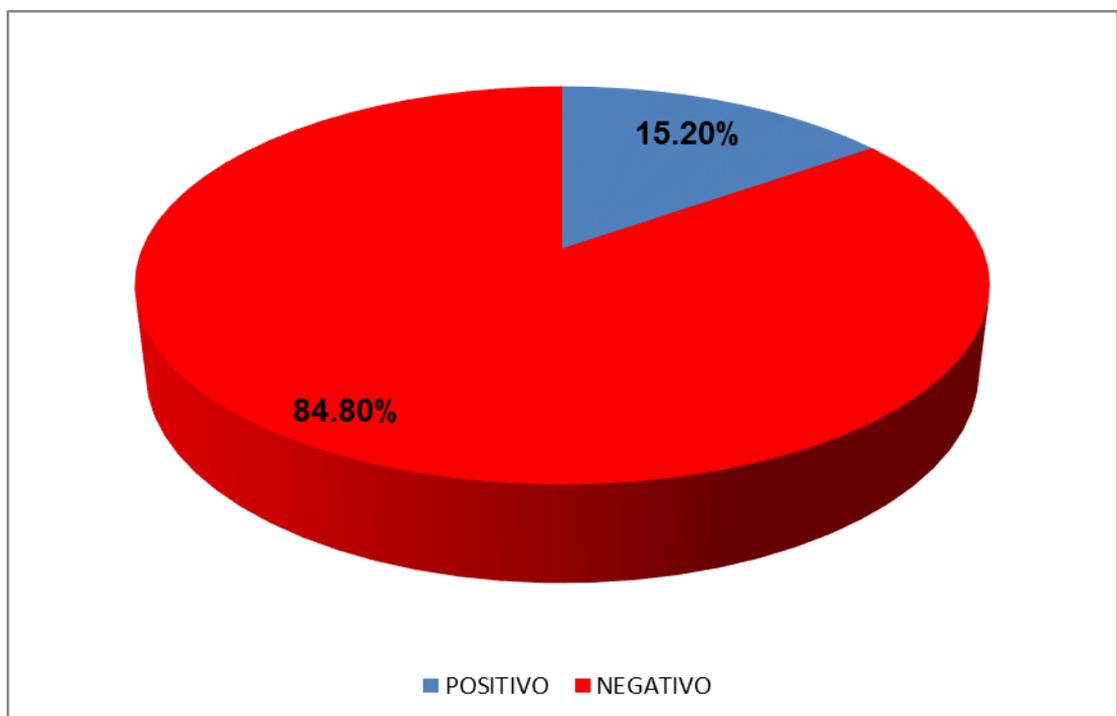
PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE MUJERES MASTECTOMIZADAS, SEGÚN DIMENSIONES, DEL CONSULTORIO EXTERNO GINECOLOGIA HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DICIEMBRE 2016



La imagen corporal según Grado de satisfacción con la apariencia vestida es negativa en el 87.3% (69) y positiva en el 12.70% (10). Perdida de la feminidad negativa 51.9% (41), positiva 48.10% (38). Grado de satisfacción con la apariencia desnuda negativa en el 93.7% (74) y positiva en el 6.30% (5). Sentimientos acerca del atractivo sexual negativa 81% (64), positiva 19% (15). Perdida de la integridad corporal negativa con un 55.7% (44), positiva 44.3% (35). Grado de satisfacción con la cicatriz positiva 69.6% (55), negativa 30.40% (24).

GRAFICO 3

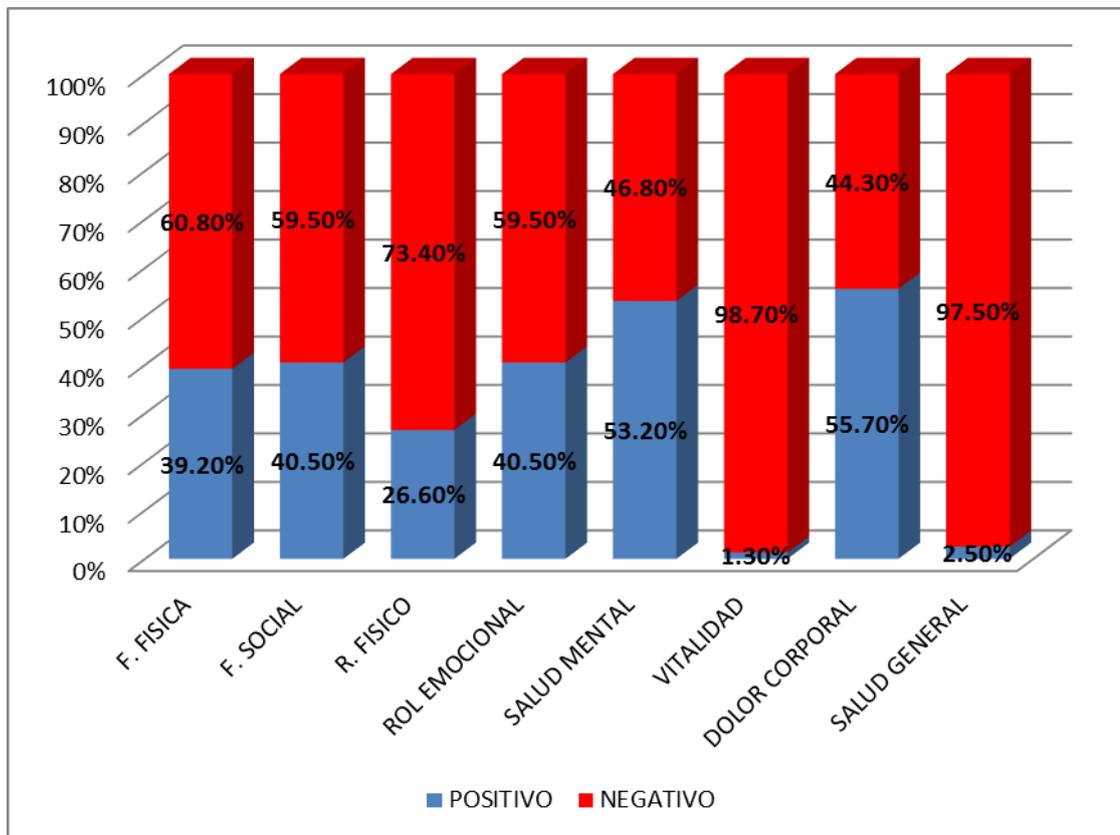
**CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS DEL
CONSULTORIO EXTERNO GINECOLOGÍA HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
DICIEMBRE 2016**



Calidad de vida de las mujeres mastectomizadas negativa con un 84.8% (67),
calidad de vida positiva 15.2% (12)

GRAFICO 4

**CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS,
SEGÚN DIMENSIONES, DEL CONSULTORIO
EXTERNO GINECOLOGIA HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
DICIEMBRE 2016**



Según función física tiene una calidad de vida negativa en el 60.8% (48), positiva en el 39.20% (31). Función social negativa 59.5% (47), positiva en el 40.50% (32). Rol físico negativo en el 73.4% (58), positivo en el 26.60% (21). Rol emocional negativo en el 59.5% (47), positiva en el 40.5% (32). Salud mental positiva en el 53.2% (42), negativa en el 46.8% (37). Vitalidad negativa en el 98.7% (78), positiva en el 1.3% (1). Dolor corporal positiva en el 55.7% (44), negativa en el 44.3% (35). Y Salud general negativa en el 97.5% (77), positiva en el 2.5% (2).

IV.b. Discusión

La mujer mastectomizada es aquella persona que va pasar por muchos cambios, iniciados desde su diagnóstico, con el cáncer de mama; que van hacer que encare una realidad desconocida y muchas veces difícil con respecto a si misma y la relación con su entorno.

Según tabla sociodemográfica las mujeres con dicha cirugía, que acuden a consultorio externo de ginecología del hospital Loayza tienen en su mayoría las edades entre 45 a 60 años, 64.6%, representando la adultez intermedia, seguido por el 35.4%, que representa la adultez temprana (25-44 años), todas procedentes de Lima.

El cáncer de mama en mujeres ocupa el segundo lugar a nivel nacional. Cada 29 mujeres menores o igual a 70 años padece de cáncer de mama, teniendo un valor de incidencia de 18.9 por cada 100.000 habitantes.⁸ En las mujeres de 20-25 años 1/74 padecerá de esta enfermedad; las mujeres de 50 años tendrán 1/75 y el grupo de mujeres de 85 años tendrá 1/20. Según el INEN el 70% de mujeres mastectomizadas, van a percibir algún tipo de problema mental, como: depresión y ansiedad que, en el peor de los casos puede dar como resultado el suicidio,⁹ afectando la vida de las mujeres, considerando que aparentemente han perdido su feminidad tras el cambio de su imagen.⁴ por otro lado su calidad de vida llega ser un proceso de adaptación que se ve influenciado por la manera que se acepta y lleva la enfermedad.

Teniendo en cuenta esto la población en su etapa de adultez intermedia percibe su imagen y calidad que se puede ver afectada. Sin embargo según Delgado¹⁷expone que las mujeres en adultez temprana (25-44 años) presentan mayor distorsión en cuanto a la percepción de su imagen con respecto a las mujeres en etapa adultez intermedia.

El nivel de conocimiento de la población es de secundaria 70.9%, seguido por el de técnico superior con un 15.2%. Según Aguilar C.¹⁹ Afirma que a mayor

nivel educativo la aceptación y percepción de su imagen corporal es mejor que aquellas quienes su nivel educativo es limitado. La mujer al ignorar los síntomas y secuelas por las que va a atravesar luego de la cirugía les crea muchas dudas que les hace suponer situaciones equivocadas, produciéndoles miedo a lo desconocido, ansiedad que nos permita una adecuada adaptación.

La religión que más predomina es la católica con 72.2% cualidad que fortalece la unión de algunas parejas en esta dura etapa de los cambios físicos y su calidad de vida. Según la literatura donde expone Calixta Roy a su propia imagen como un todo tanto físico, social y espiritual, considerando el yo ideal como lo moral lo ético y a la vez espiritual, como una fortaleza frente a situaciones difíciles.⁵³

El estado civil que predomina es conviviente 46.8%, seguido de casada con 40.5%. Evidentemente la mayoría cuenta con una relación de pareja, y esto hace que la mujer tenga una inquietud en restablecer sus relaciones físicas y emocionales con respecto a la nueva forma de vida luego de la cirugía. Según la literatura Vásquez expone que un cincuenta por ciento de las que pasan por una mastectomía siente miedo al rechazo de la pareja y experimentan una disminución del interés sexual, al mismo tiempo que hay un efecto negativo sobre desnudez y atractivo físico, lo que da a su vez una alteración en su calidad de vida.³⁸

La percepción es la consecuencia de un desarrollo mental activo, captada por los sentidos sobre algunas situaciones o sucesos, desde el cual desarrollamos nuestras impresiones expresada por las emociones, teniendo en cuenta la singularidad y el entorno social de cada mujer que ha pasado por la cirugía de la mastectomía afrontando un nuevo suceso de cambio o significación con respecto a su cuerpo; ²⁷ lo cual puede ser comparado con Aguliar¹⁹ donde concluye que las mujeres que viven en contextos sociales desarrollados tienen una mejor percepción de su imagen corporal. Y Soto ²⁶ quien concluye que el nivel de percepción de la mala calidad de vida de quienes tuvieron

mastectomía radical se afecta más con respecto a las mujeres que no recibieron mastectomía.

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos ³³En cuanto que la calidad de vida es la satisfacción de las necesidades objetivas y subjetivas.⁴⁷

El estudio realizado dentro del Hospital Nacional Arzobispo Loayza busca identificar la imagen corporal y calidad de vida que presentan las mujeres mastectomizadas quienes van a pasar por un cambio en su aspecto físico. Para identificar la imagen corporal se utilizó el cuestionario de imagen corporal BIS (Hopwood y Cols) y con ello se determinó que predomina una imagen corporal negativa, seguido de imagen corporal positiva. (Ver gráfico 1). Esto conduce a presentar intervenciones del personal de enfermería en cuanto a las dimensiones grado de satisfacción consigo misma y pérdida de la feminidad que se da en la mujer mastectomizadas a favor de su salud, el mejoramiento de su imagen corporal y desarrollo personal. Datos que coinciden con Díaz en Ecuador 2014.¹⁸ En este sentido se pudo evidenciar que las mujeres con intervención quirúrgica (mastectomía) de Solca tienen un grado de insatisfacción con su imagen provocando una imagen corporal negativa¹⁸

Para Calixta Roy la persona, en este caso la mujer mastectomizada, busca continuamente estímulos de su entorno para poder adecuarse positiva o negativamente a sus nuevos cambios. Las respuestas positivas logran el objetivo esperado la adaptación positiva y las respuestas negativas no logran el objetivo deseado y puede no contribuir a una adaptación óptima al control sobre las cosas y los cambios que sufren las mastectomizadas y su entorno⁵⁶

En cuanto a la dimensión Grado de satisfacción con la apariencia vestida, predomina la imagen corporal negativa, seguido de positiva. (Ver gráfico 2). Datos que coinciden con Barsotti Santos, D. en Brasil 2012. Donde se comprende las repercusiones del proceso diagnóstico y del tratamiento, se evidencia que existe clara preocupación con la apariencia del cuerpo vestido.²⁰

Se búsqueda de la satisfacción de la vestimenta es porque a través de ella, intenta resaltar su figura, sentirse más guapas, atractivas y elegantes. Se utiliza para intentar seducir; un gran escote, un vestido ceñido o una falda corta pueden contribuir a conseguir un objetivo de seducción.⁴¹La satisfacción de esta necesidad, o la manera de satisfacerla a conllevado al cumplimiento de otras necesidades como recalcar la imagen del cuerpo y a la vez sentirse seguro, realizado, comunicado.⁴⁰

En cuanto a la dimensión perdida de la feminidad predomina la imagen corporal negativa, seguido de positiva. (Ver gráfico 2). Datos que coinciden con Barsotti Santos, D. en Brasil 2012. Donde se comprende las repercusiones del proceso diagnóstico y del tratamiento, se evidencia que existe una clara preocupación con la pérdida del potencial reproductivo.²⁰

Esta dimensión es todo lo contrario a lo que viene a ser la feminidad es la combinación de aspectos relacionados con su sexualidad y atractivo sexual, basados en el significado que se le otorga a las partes del cuerpo que la identifica como mujer, esenciales para su adaptación y valoración. Teniendo en cuenta esto, la remoción de dichos órganos reproductores produce un daño psicológico por el impacto que causa.⁴²

En la estructuración de la imagen corporal como unidad, cada órgano del cuerpo desempeña un papel específico y posee una significación simbólica especial. Las mamas en la mujer, son órganos investidos de características simbólicas muy relevantes; su implicancia en la maternidad y la sexualidad las convierte en elementos esenciales de identidad femenina.⁴²

En cuanto a la dimensión Grado de satisfacción con la apariencia desnuda, predomina la imagen corporal negativa, seguido de positiva. (Ver gráfico 2). Datos que coinciden con: Coello. Ecuador 2016. Donde se encontró que los aspectos que más influyen se relacionan a la incomodidad con verse desnudas.¹⁶ Barsotti Santos D. en Brasil 2012. Donde se evidencia que existe una clara preocupación con la apariencia del cuerpo desnudo. En las mujeres mastectomizadas⁴²

En cuanto a sentimientos acerca del atractivo sexual predomina de forma negativo, seguida de I.C. positivo. (Ver gráfico 2). Datos que coinciden con: Barsotti Santos D, en Brasil 2012. Donde se evidencia que algunas mujeres afirmaron que no hubo mejora en la vida sexual después del cáncer de mama, una parte afirmo que la vida sexual permaneció igual y otras afirmaron que su vida sexual empeoró.²⁰ Algunas de las mujeres mastectomizadas se preocupan y temen no ser atractivas para la sociedad, pero sobre sobre todo para su pareja, a consecuencia del tratamiento recibido contra el cáncer de mama, como la mastectomía, la caída de cabello. ²⁷

En cuanto a la pérdida de la integridad corporal predomina la imagen corporal negativa, seguido de I.C. positiva. (Ver gráfico 2). Datos que coinciden con: Coello. Ecuador 2016. Donde se encontró que los aspectos que más influyen se relacionan a la percepción de que su cuerpo ha quedado incompleto.¹⁶ Barsotti S.D. en Brasil 2012. Donde se evidencia que existe una clara preocupación con las características corporales. En esta dimensión todas las intervenciones reductoras desencadenan en la mujer un trastorno emocional cuya intensidad dependerá tanto de los factores relativos a la enfermedad y el órgano de que se trate, como de la repercusión que tenga la pérdida en su sentimiento de integridad personal y corporal, en sus dimensiones sexuales y reproductivas. Entre estas, la mastectomía es temida como una operación mutilante y ejerce un impacto mayor que el de cualquier otra intervención.⁴²

La importancia que culturalmente se ha concebido a las mamas dentro de las normas de belleza hace que su significación aumente. Esto hace que la satisfacción con el cuerpo y el sentimiento de atractivo estén relacionados con la valoración, tanto estética como femenina. Todos estos atributos conllevan a que una pérdida de la mama constituya una verdadera mutilación con graves repercusiones psicológicas y sociales que alteran el curso y calidad de vida de la mujer que la sufre. ⁴²

En cuanto al grado de satisfacción con la cicatriz, predomina la imagen corporal positiva, seguido de una I.C. negativa. (Ver gráfico 2). Datos que difieren con: Coello. Ecuador 2016. Donde se encontró que los aspectos que

más influyen se relacionan a, la inconformidad del aspecto de su cicatriz. En esta dimensión los actos quirúrgicos como la mastectomía exigen una redefinición de la feminidad cuando ésta ha estado apoyada y simbolizada sólo en las posibilidades reproductivas, proceso que aparece como fuente de vulnerabilidad.⁴²

Para identificar la calidad de vida se utilizó el cuestionario de SF-12 y con ello se determinó que predomina una calidad de vida negativa, seguido de una calidad de vida positiva. (Ver gráfico 3). Esto conduce a presentar intervenciones del personal de enfermería en cuanto a cada mujer mastectomizadas a favor de su salud y el mejoramiento de su calidad y desarrollo personal. Datos que coinciden con Espil. Perú 2014 que indica en su estudio que la calidad de vida global fue negativa.²⁴ y con Soto. Perú 2012 ²⁶ En este sentido el nivel de la percepción de mala calidad de vida en pacientes mastectomizadas se afecta en 5.27% más de la mitad que aquellas que no tuvieron mastectomía.²⁶ según Irrázaval. Chile 2016. Difieren al estudio presentado, ya que las puntuaciones para calidad de vida global (QOL) fueron altas por ende observaron puntajes altos en todas las escalas funcionales. ²¹

Según Calixta Roy ayudar a las personas a cumplir su objetivo de adecuarse a su nueva forma de vida como las transformaciones que sufre la mujer mastectomizada es lo esperado para evitar una amenaza a una adecuada calidad de vida.⁵⁶

La dimensión función física de este estudio predomina de forma negativa, lo cual coincide con con Lostaunau, Torrejón, ya que el componente físico se vio más afectado. Lo cual difiere con Espil. Exponiendo que el componente de salud física sea bueno con respecto a su calidad de vida²⁴

La función social es de forma negativa; coincidiendo con Trejo. México 2013, por presentar mayor afectación en la integración social.²³ Y va diferir con Irrázaval, ya que el 75% puntuó 100 en el funcionamiento social. Representando una positiva calidad de vida con respecto a esta dimensión. ²¹

El mal funcionamiento del rol dificulta en el rol laboral y algunas actividades o funciones que estén bajo la responsabilidad de la persona ⁵⁰En cuanto a esta dimensión predomina de forma negativa. Lo cual no coincide con Irarrázaval, Pascale, Donde más del 75% puntuó 100 en funcionamiento del rol (quehaceres y pasatiempos), representando con respecto al rol físico una calidad de vida positiva.²¹

En cuanto a la dimensión rol emocional predomina la calidad de vida negativa, Lo cual coincide Irarrázaval, Pascale, Donde se halla en sus estudios que el funcionamiento emocional fue el más bajo puntaje, representando una negativa calidad de vida.²¹

En cuanto a la dimensión salud mental predomina la calidad de vida positiva lo cual difiere de Espil por presentar una baja calidad de vida en el componente mental de las pacientes mastectomizadas.²⁴Y Lostaunau, Torrejón presentando una componente mental más afectada, conformado por el estrés traumático y el estrés percibido en pacientes con cáncer de mama.²⁵

En cuanto a la dimensión vitalidad predomina la calidad de vida negativa, seguido de C.V. positiva. Lo cual coincide con Irarrázaval, Kleinman. Donde las puntuaciones más altas (siendo peor, según QOL C-30) fueron: insomnio y fatiga ²¹ Y difiere de Silvia Pastells donde manifiestan que se sienten menos cansadas y duermen mejor resultado de una mayor disposición de optimismor.²²

En cuanto a la dimensión dolor corporal predomina la calidad de vida positiva, lo cual coincide con Sílvia Pastells representando una mejor calidad de vida en esta dimensión.²² y difiere de Irarrázaval, Kleinman, Cuyas puntuaciones más altas (calificado como peor, según EORTC QOL C-30) en mujeres con cáncer de mama fueron: dolor (=20.8). Representando una calidad de vida negativa.²¹

En cuanto a la dimensión a la salud general predomina la calidad de vida negativa, lo cual difiere Sílvia Pastells. Representando en su estudio una positiva salud general en su calidad de vida.²²

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. Conclusiones

- La percepción de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas y la calidad de vida es negativa consultorio externo de ginecología – hospital nacional Arzobispo Loayza. Diciembre 2016, se acepta la hipótesis.
- La imagen corporal es negativa en las mujeres mastectomizada respecto a sus dimensiones Grado de satisfacción con la apariencia vestida, perdida de la feminidad, grado de satisfacción con la apariencia desnuda, sentimientos acerca del atractivo sexual, pérdida de la integridad corporal, grado de satisfacción con la cicatriz, se acepta la hipótesis.
- La calidad de vida es negativa en las mujeres mastectomizadas respecto a sus dimensiones Función física, social, rol físico, emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal, salud general, se acepta la hipótesis.

V.b. Recomendaciones

- Se recomienda al personal de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, enfatizar en las consejerías a las mujeres mastectomizadas durante sus controles ambulatorios luego del alta sobre los cuidados y advertir acerca de los nuevos cambios a los que se va enfrentar.
- A las enfermeras del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para que desarrolle estrategias educativas que permitan fortalecer la forma de adaptación de una nueva percepción de imagen corporal y calidad de vida positiva en la mujer mastectomizada.
- A que el personal de enfermería realice un trabajo multidisciplinario junto con el personal de psicología, o salud mental con la finalidad de mitigar algún problema de salud o cambios anímicos; como los aspectos físicos, psíquico emocional y social.
- A la mujer para que eleve los niveles de conocimiento acerca de la temible mastectomía y sus transformaciones para poder mitigar el duro afrontamiento por la que va a pasar y obtener una mejor adaptación a los nuevos cambios
- Sería importante brindar información y ofrecer las opciones de reconstrucción mamaria porque muchas veces, no solicitan estos procedimientos por miedo o falta de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Globocan 2008. cancer incidence, mortality and prevalence world wide International Agency for Researchon Cancer.2010 [citado 1 junio 2016]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr>.
2. American cancersociety. Cancerfacts figures for Hisponics/latinos 2012-2014.[documento en internet] Atlanta, GA: American CancerSociety 2013 [citado el 23 de septiembre del 2016]. Disponible en: www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-034778.pdf
3. Asociación Española Contra el Cáncer. [Actualizado Marz 2015, citado 14 Dic 2014 / 25 Ene 2015] Disponible en: <https://www.aecc.es/>
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Cáncer de mama: prevención y control. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
5. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). El cáncer de mama en las Américas. Recuperado el 19 de agosto de 2013, disponible en:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17926&Itemid=
6. Arndt V, Merx H, StegmaierCh, et al. La persistencia de las restricciones en calidad de vida desde el primer hasta el tercer año después del diagnóstico en mujeres con cáncer de mama. J. ClinOncol2005; 23:4945–53. [citado el 30 de septiembre del

2016] Disponible en: [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)01443-4/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)01443-4/pdf)

7. En Chile, el envejecimiento de la población se asocia al aumento de las enfermedades crónicas y, dentro de ellas, las oncológicas. . [citado el 02 de Octubre del 2016] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n6/art06.pdf>
8. IARC. Chapter 1. The global burden of cancer. [Página web]. The world cancer report. Lyon: International Agency for Research on Cancer 2003 [citado el 01 junio del 2016]. Disponible en: www.iarc.fr
9. Evelyn Yovana Escobar Rodríguez. Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima – Perú 2008. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/507/1/escobar_re.pdf
10. Díaz-Vélez C. Boletín de registro hospitalario de cáncer 2007-2012. Oficina de Inteligencia Sanitaria Red Asistencial Lambayeque Essalud. [Internet] 2010 [citado 12 de febrero del 2016]. Disponible en: www.slideshare.net/cristiandiazv/registro-hospitalario-de-cncer-2007-2012
11. Ministerio de Salud. Dirección de salud V lima ciudad. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú 2013. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_962_2013.pdf

12. Bonilla Del castillo CK, Figueroa Sanillan. Reacciones de mujeres frente a la mastectomía: un análisis desde la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Perú 2015.
13. Seifirt y Rial (2000). Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico. *RevistadePsicooncología(online)*. www.psicooncologia.org/articulos/articulos-detalle.cfm?Art_ID=30
14. Mejía Rojas ME. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. [Internet]; Bogotá, Colombia 2012.[Citado25Ene2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejia Rojas.2012.pdf>.
15. Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes – 2006* [Internet]; [Citado5Dic.2014]17(4):244.47. Disponible en: http://www.mastologia.cl/pto_docente/002_atenfrmr.pdf
16. Coello. Imagen corporal en las mujeres con cáncer de mama, sometidas a mastectomía o cuadrantectomía, según diferentes distorsiones cognitivas. Cuenca-Ecuador 2016. [Internet]. 2016 [citado 12 Feb 2016]; Disponible: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5269>
17. Delgado. Imagen corporal y estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas. Madrid – España 2015. [Internet]. 2016 [citado 14 Feb 2016]; disponible: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1126>
18. Diaz. La imagen corporal y su incidencia en la autoestima en personas con intervención quirúrgica (mastectomía) en Solca Tungurahua.

Ambato-Ecuador 2014. [Internet]. 2016 [citado 21 Feb 2016]; disponible: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1126>

19. Aguilar Cordero, Neri Sánchez, Mur Villar y Gómez Valverde. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. México-España 2013. [Internet]. 2016 [citado 21 Feb 2016]; disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/12original07.pdf>
20. Barsotti Santos, D.B. La sexualidad y la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama. Sao Paulo – Brasil 2012. [Internet]. 2016 [citado 25 Feb 2016]; disponible: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00408.pdf
21. Irarrázaval M. Elisa, Kleinman Pascale, Silva R Fernando, Fernández González Loreto, Torres Camilo, Fritis Marcela et al . Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 12] ; 144(12): 1567-1576. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872016001200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200008>.
22. Sílvia Pastells Pujol y Antoni Font Guiteras. Optimismo Disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Barcelona. España 2014. Psicooncología. Vol. 11, Núm. 1, 2014, pp. 19-29 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44914. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 12]; disponible: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44914/42830>
23. Trejo. Maffuz. Said. Domínguez. Hernández. Villegas. Rodríguez. Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama. México 2013. [Internet]. 2016 Dic

[citado 2016 Marz 12]; disponible:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139d.pdf>

24. Espil. Calidad de vida en mastectomizadas. hospital Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo – Perú 2014. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 21]; disponible:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/510>
25. Lostaunau, Torrejón. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama. Lima – Perú 2013. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 21]; disponible:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5175>
26. Soto. Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almazor Aguinaga. Chiclayo-Perú 2012. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 21]; disponible: http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag25-29.pdf
27. James Whittaker. Psicología Motivacional. 4°ed. México. Ed: Interamericana. 1998, pág179. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 21]; disponible: <https://www.iberlibro.com/PSICOLOGIA-James-O-Whittaker-INTERAMERICANA-Mexico/16098891972/bd>
28. Joan Costa. La imagen y el impacto visual. México. Ed. Harla. 2001, pág110. [Internet] 2016 Dic [citado 2016 Marz 21]; disponible:
<https://taller5a.files.wordpress.com/2010/02/imagen-corporativa-por-joan-costa.pdf>
29. Mejia Rojas, ME. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. Colombia 2012. [Internet]. 2016 Dic.

- [citado 2016 Marz 21]; disponible:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejarojas.2012.pdf>.
30. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clin Salud* 2007;1):137-61. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. Madrid 2007. . [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 25]; disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613878002>
 31. Segura Valverde M, Garcia Nieto R. Gutierrez S. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. Madrid 20104. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 25]; disponible: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44916/42832>
 32. Fernández A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2): 169-180. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 26]; disponible: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A>
 33. Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal. *Revista de Humanidades. Cuadernos del Marqués de San Adrián*: [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; disponible: http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista_2articulo3.pdf
 34. 4 Aspectos Psicologicos y Psiquiatricos en unidades especiales de hospitalización. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; disponible: <http://psiquiatria.ho.galeon.com/manual/a7n4>.

35. Die Trill M, Die Goyanes A. El cáncer de mama. In: Die Trill M, editor. Psico-Oncología. Madrid: ADES; 2003. p. 165-84. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. Madrid 20104. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; disponible: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44916/42832>

36. Achte K, Lindfors O, Salokari M, Vauhkonen ML, Lehtonen R. Psychological adaptation in the first postmastectomy year. Psychiatr Fenica 1987; 18:103-12. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Psicooncología 7:433-51. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; disponible: <file:///C:/Users/pc/Downloads/15924-16000-3-PB.pdf>

37. Vázquez-Ortiz J, Antequera R, Blanco Picabia A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Psicooncología 7:433-51. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. Madrid 20104. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; disponible: <file:///C:/Users/pc/Downloads/15924-16000-3-PB.pdf>

38. Ricon fernandez ME, San Gregorio MA, Borda Mas M. Martin Rodriguez A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Sevilla – España.2009. Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; Disponible: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/16904/file_1.pdf?sequence=1

39. Dong wook hang, Hyo-Deog Lamer, y Jung Min Woo. Versión Coreana de la imagen corporal: Confiabilidad y validez en una muestra de pacientes con cáncer de mama. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; disponible: https://www.researchgate.net/publication/236038797_The_Korean_Versi

on_of_the_Body_Image_Scale-
Reliability_and_Validity_in_a_Sample_of_Breast_Cancer_Patients

40. Calvo y Gil (1998). Estrés y cáncer de mama. Formación Médica Continuada. Ediciones Doyma, 5(10). Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdcgi.exe/doyma/m_revista.fulltext?pidet=4790
41. La psicología del vestir. Disponible en: www.pulevasalud.com/ps/c
42. Hollander, Cohen y Simeon, 1993; Sarwer, Wadden, Pertschuk y Whitaker, 1998) alteraciones de la imagen corporal. Disponible en: www.academia.edu/3640121/Tesis_insatisfaccion_corporal
43. Sebastián Bueno y Mateos, 2002. Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a02.pdf>
44. Mejía Rojas, ME. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. Colombia 2012. [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Marz 27]; disponible: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejia Rojas.2012.pdf>
45. Ferriols R., Ferriols F., Alós M., Magraner J. Calidad de Vida en Oncología Clínica. FarmHosp [Revista en internet] 1995 [Acceso: 12 de mayo del 2012] 19(6):315-322. Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF
46. Ferriols R., Ferriols F., Alós M., Magraner J. Calidad de Vida en Oncología Clínica. FarmHosp [Revista en internet] 1995 [Acceso: 12 de mayo

del2012]19(6):315.322.Disponible en:http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF

47. Ganz P, Kwan L, Stanton A, Krupnick J, Rowland J, Meyerowitz B, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004 03 demarzo, 96(5):376–387. PubMed PMID 14996859
48. Palomino, Felci, Perri, Mayers, Van Hooff, Balvin, et. al. Definiciones de calidad de vida. Conceptos de calidad. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo_6.pdf.
49. Cuestionario_salud_SF36.Disponible en:www.dgplades.salud.gob.mx/.../Cuestionario_Salud_SF.36.pdf Disponible en:http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
50. Otto SH.E. Enfermería Oncológica. 3° ed. Madrid-España Ed.Mosby.1999. [Internet].2002 Dec [cited 2017Octubre 24]; <https://es.scribd.com/document/237004394/Otto-Shirley-E-Enfermeria-Oncologica-Tomo-II-pdf-pdf>
51. Díaz de Flores Leticia, Durán de Villalobos María Mercedes, Gallego de Pardo Patricia, Gómez Daza Bertha, Gómez de Obando Elizabeth, González de Acuña Yolanda et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichán. [Internet]. 2002 Dec [citado 2017 Octubre 24]; 2(1): 19-23. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en.
52. Calvo M. & Narváez P. Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. *Index de Enfermería*, 2008; 7(1): 30-33. Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. Disponible en: [Internet].

- 2002 Dec [cited 2016 Octubre 24]; 19-23. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972002000100004&lng=en.
53. Capuñay J, Seclén I, Experiencia de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/Nº1. ISSN 2313-0369/2015. [Internet]. 2002 Dec [cited 2016 Octubre 24]; 2(1): 19-23. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en.
54. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. 2013. [Internet]. 2002 Dec [cited 2016 Octubre 26] Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=1>
55. Marriner R. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta Edición. Madrid: Elsevier Mosby.2007. Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. [Internet] 2002. Dec [cited 2016 Octubre 24] <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
56. Marriner R. modelos y Teorías en Enfermería 4ta edición. Madrid: Harcourt: 2003[Internet]. 2002 Dec [cited 2016 Octubre 24]; file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/COMPARTIR/258-1204-2-PB.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonilla Del castillo CK, Figueroa Sanillan. Reacciones de mujeres frente a la mastectomía: un análisis desde la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Perú 2015.
2. Capuñay J, Seclén I, Experiencia de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/N°1. ISSN 2313-0369/2015. Pág. 64-65. Perú 2015.
3. Escobar Rodríguez, Evelyn Yovana. Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Pag.22-24. Lima- Perú 2008
4. Fernández A.I. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología, 1 (2): Pág. 169-180. Madrid 2004.
5. Ramos y Venegas. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, (2013).
6. Raich R.M. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en psicología latinoamericana, [S.1.], v.22, pg.15-27. España 2004
7. Tipacti Alvarado C, Flores Rodríguez N. Metodología de la investigación en ciencias neurológicas. Lima: 2012

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Imagen corporal	Es la valorización o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta, ya que lo importante en este caso no es el cambio objetivo que ha sufrido la persona sino el significado que se atribuye. (Fernández-2004)	Es la calificación que la mujer mastectomizadas le da a su aspecto físico realiza ante cualquier tipo de problema luego de ser sometida a la cirugía y que será evaluada con el instrumento de "escala de BIS"	<p>1.-Grado de satisfacción con la apariencia vestida</p> <p>2.Pérdida de la feminidad</p> <p>3.-Grado de satisfacción con la apariencia desnuda.</p> <p>4.Sentimientos acerca del atractivo sexual</p>	<p>1.-Apariencia vestida, tanto consigo mismo como con los demás.</p> <p>1.-Siento menos atractivo como mujer menos femenina después de la operación</p> <p>1.-insatisfacción de su aspecto cuando esta desnuda.</p> <p>1.-desde la operación se ve menos atractiva sexualmente y miedo</p>	<p>1.-Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida.</p> <p>2.-Creo que a los demás les gusta mi aspecto.</p> <p>3.-Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer.</p> <p>4.- Me siento menos femenina después de mi operación.</p> <p>5.- Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy desnuda</p> <p>6.- Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente</p> <p>7.-creo que el pecho juega un papel</p>

			<p>5.-Pérdida de la integridad corporal</p> <p>6.-Grado de satisfacción con la cicatriz</p>	<p>vergüenza ante una posible relación sexual.</p> <p>1.-siente su cuerpo deformado</p> <p>1.-sentimiento acerca de la cicatriz</p>	<p>importante en las relaciones sexuales.</p> <p>8.- siento vergüenza de una posible relación sexual.</p> <p>9.- Me siento algo deformada mutilada</p> <p>10.-evito que los demás me van la cicatriz</p> <p>11.- cuando me baño o ducho evito mirarme la cicatriz</p> <p>12.- me repugna mi cicatriz</p>
Calidad de vida	Es una evaluación cognitiva expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas	Es el bienestar o satisfacción que siente la mujer mastectomizadas puede ser expresada de forma disminuida	<p>1.-Función Física</p> <p>2.-Función Social</p>	<p>1.-Esfuerzos</p> <p>2.-Subir escaleras</p> <p>1.-Dificultad de</p>	<p>su salud actual:</p> <p>1.- ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar aspiradora, jugar a bolos o caminar más de 1 hora?</p> <p>2.-su salud actual ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?</p>

	<p>disminuida o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes identificados por el propio sujeto. (Garduño Estrada 2003)</p>	<p>umentada, y que solo puede ser juzgada por el sujeto y que será medida a través del instrumento SF-12.</p>	<p>3.-Rol Físico</p> <p>4.-Ro emocional</p> <p>5.-Salud mental</p> <p>6.- vitalidad</p>	<p>actividades sociales</p> <p>1.-Frecuencia de problemas en actividades cotidianas a causa de su salud física</p> <p>1.-Frecuencia de problemas en actividades cotidianas a causa de su salud emocional</p> <p>1.-Estado de ánimo(triste o feliz)</p> <p>2.-Tranquilidad</p> <p>1.-Energía</p>	<p>Durante las cuatro últimas semanas:</p> <p>3.- ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a sus familiares)?</p> <p>4.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?</p> <p>5.- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?</p> <p>6.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?</p> <p>7.- ¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?</p>
--	---	---	---	---	---

			<p>7.-Dolor corporal</p> <p>8.-Salud general</p>	<p>1.-Presencia de dolor</p> <p>2.-Dificulta su trabajo</p> <p>1.-Salud general</p>	<p>8.- ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?</p> <p>9.- ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p> <p>10.- ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?</p> <p>11.- ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?</p> <p>12.- en general, usted diría que su salud es:</p>
--	--	--	--	---	--



ANEXO 2

INSTRUMENTO

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL (BIS) DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

(Hopwood y cols., 2001)

En este cuestionario se le va a preguntar sobre cómo se siente en relación a su apariencia y a los cambios que ha experimentado como resultado de la enfermedad y los tratamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque con una cruz aquella respuesta que mejor se ajuste a la manera cómo se ha sentido durante la semana pasada.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1.- Después de mi operación me veo menos atractiva sexualmente				
2.- Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer				
3.- Me siento algo deformada o mutilada				
4.- Evito que los demás me vean la cicatriz				
5.- Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual.				
6.- Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz				
7.- Me repugna la cicatriz				
8.- Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy desnuda				
9.- Me siento menos femenina después de mi operación				
10.- Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy vestida				
11.- Creo que a los demás les gusta mi aspecto				
12.- Creo que el pecho juega un papel muy importante en las relaciones sexuales				



ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SALUD “SF-12”

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

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

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

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

	1	2	3
	Sí, Me limita mucho	Sí, Me limita un poco	No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- | | 1 | 2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| 4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | 1 | 2 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| 6. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | 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. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. ¿se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
10. ¿tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
11. ¿se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					

12. 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	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

ANEXO 3
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO- CONSULTA DE EXPERTOS

PREGUNTAS	JUECES						VALOR DE P*
	1	2	3	4	5	6	
1	0	1	1	1	1	1	0.001536
2	1	1	1	1	1	1	0.000064
3	0	1	1	1	1	1	0.001536
4	1	1	1	1	1	1	0.000064
5	1	1	1	1	1	1	0.000064
6	1	1	1	1	1	1	0.000064
7	1	1	1	1	1	1	0.000064
8	0	1	1	1	1	0	0.01536
9	1	1	1	1	1	1	0.000064
10	1	1	1	1	1	1	0.000064

ANEXO 4

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS – ESTUDIO PILOTO.

Imagen corporal:

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach el elemento se suprimido
Después de mi operación me veo menos atractiva sexualmente	,790	,829
Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer	,749	,831
Me siento algo deformada o mutilada	,480	,852
Evito que los demás me vean la cicatriz	,563	,846
Ciento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual	,655	,839
Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz	,683	,838
Me repugna la cicatriz	,713	,838
Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy desnuda	,117	,870
Me siento menos femenina después de mi operación	,609	,844
Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy vestida	,450	,853
Creo que a los demás le gusta mi aspecto	,117	,873
Creo que el pecho juega un papel muy importante en las relaciones sexuales	,521	,852

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Caso Válido	20	100,0
Excluido	0	,0
Total	20	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,859	

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Calidad de vida:

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
¿Le limita para hacer Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora?	,646	,043
¿Le limita Subir varios pisos por la escalera?	,646	,043
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	,000	,494
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	,247	,435
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	-,203	,577
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	,034	,524

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
En general usted diría que su salud es:	-,197	,406
se limita para hacer esfuerzos moderados, como mover la mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	,300	,246
se limita subir varios pisos por la escalera	,300	,246
No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	,013	,328
Hasta qué punto el dolor ha dificultado su trabajo habitual	,069	,323
Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	,104	,313
Tuvo mucho energía?	,365	,167
Se sintió desanimado y triste?	,179	,268
Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?	,147	,286
A causa de su salud física hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	,000	,326
A causa de su salud física: tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	,048	,322
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	-,210	,355

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Caso	Válido	20	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,475	6

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	20	100,0
Excluido	0	,0
Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,323	12

ANEXO 5

INFORME DE LA PRUEBA PILOTO

El día 06 de Agosto del 2016 se aplicó el estudio piloto tema: percepción de la imagen corporal y calidad de vida de mujeres mastectomizadas del consultorio externo ginecología Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Diciembre 2016. Los cuestionarios contienen un total 24 preguntas, las cuales fueron validados en diferentes estudios por diferentes autores y a pesar de ello son sometidos al juicio de 7 expertos enfermeros y psicólogos especialistas en el tema. Posteriormente los cuestionarios fueron sometidos a prueba de confiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, para su comprobación para este estudio. Para la aplicación de los instrumentos la prueba piloto consto de 20 mujeres mastectomizadas cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, la duración fue de 30 minutos durante su visita al consultorio de ginecología para sus controles.

ANEXO 6 DISEÑO MUESTRAL

Fórmula para el cálculo de tamaño de muestra:

$$n = \frac{N * Z^2 \alpha/2 * p * q}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 * p * q}$$

Dónde:

n= tamaño de la muestra

N= Población= 100

$Z^2 \alpha/2$ = coeficiente de confianza al 95%= 1.96

p= probabilidad de ocurrencia del hecho = 0.55

q= probabilidad de no ocurrencia del hecho (1-p) = 0.45

e= error absoluto = 5% = 0.05

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{100 * 1.96^2 * 0.55 * 0.45}{0.05^2 (99) + 1.96^2 * 0.55 * 0.45}$$

$$n = 79.33$$

ANEXO 7

ESCALA DE VALORACION DEL INSTRUMENTO

IMAGEN CORPORAL

Tipo Likert (1-4)

1= nada 4= mucho. La puntuación máxima =48

A mayor puntuación, mayor problemática relacionada con la imagen corporal.

Mediana

	12-30	Med.	31-48	
12	Positivo	30	negativo	48

IMAGEN CORPORAL	PUNTAJE
POSITIVO	< 30 puntos
NEGATIVO	31 a 48 puntos

ESCALA DE VALORACION DEL INSTRUMENTO

CALIDAD DE VIDA

Tipo Likert (el número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis).
Con preguntas dicotómicas y politómicas

La peor puntuación es 0 y la mejor y máxima puntuación es 100

A menor puntuación, mayor problemática relacionada con la calidad de vida.

Mediana

0	1-50 Negativo	Med. 50.5	51-99 Positivo	100
----------	------------------	---------------------	-------------------	------------

IMAGEN CORPORAL	PUNTAJE
POSITIVO	>50 puntos
NEGATIVO	0 a 50 puntos

ANEXO 8

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES MASTECTOMIZADAS DEL CONSULTORIO EXTERNO GINECOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DICIEMBRE 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada paciente, estoy realizando una investigación titulada, percepción de la imagen corporal y calidad de vida de mujeres mastectomizadas del consultorio externo de ginecología, que tiene por finalidad promover el desarrollo de programas de orientación, ayuda y rehabilitación, a la paciente que está a travesando por las secuelas de una mastectomía. Antes de responder los cuestionarios se explicó lo siguiente: El propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para finalmente pasar a la aceptación firmada del mismo.

Propósito del estudio

El presente estudio de investigación está enfocado en que, con los datos obtenidos, otorguen información importante de la problemática, al hospital y demás interesados en este tema con información válida y actualizada, porque de esta manera se podrá coordinar con las autoridades del hospital y personal de salud para desarrollar talleres de información. Con la finalidad de mejorar la adaptación de la imagen corporal y calidad de vida de la mujer mastectomizada.

Riesgos

El estudio no representa riesgo alguno para los sujetos de investigación, solamente se aplicarán cuestionarios de carácter anónimo, cualquier consulta realizarla a la Srta. Flor de María Parra Hidalgo.

Beneficios

El presente estudio tiene como beneficio presentar información actualizada sobre el tema y que esta sirva de base para la elaboración de programas de información para las mujeres mastectomizada que acuden a sus controles.

Confidencialidad

Para efectos de investigación solamente la investigadora tendrá el acceso a la información de las participante que son las mujeres mastectomizadas que acuden a sus controles, para efectos posteriores se procederá a identificar a cada participante a través del código ID, que será un número correlativo, el cual se ingresará a la base de datos para análisis posteriores.

Por lo tanto, yo _____, manifiesto que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar del estudio.

Nombre

Firma

Investigador

Firma

Fecha

DATOS GENERALES

Edad: _____

Grado de Instrucción:

- a) Sin estudio
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico superior
- e) Superior

Religión:

- a) Católica
- b) Evangelista
- c) Otros

Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda
- d) Divorciada
- e) Conviviente

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con una (x). La respuesta que Ud. considere correcta. Por ejemplo:

1. ¿Se ha sentido avergonzada/o por su apariencia?

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Bastante
- d) Mucho