

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL
NACIONAL CAYETANO
HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

DIAZ CENTENO MAGALY DORIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA DE ENFERMERÍA

ICA – PERÚ

2018

ASESORA:

DRA. OLINDA OSCCO TORRES.

AGRADECIMIENTO

- Primero que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso y decisión que he dado.
- A mi familia por el esfuerzo realizado por ellos, el apoyo en mis estudios, de ser así no hubiese sido posible.
- A la Escuela Profesional de Enfermería y la plana docente por todos los conocimientos impartidos y que contribuyeron en mi desarrollo profesional.
- A mi Alma Mater Universidad Privada San Juan Bautista por acogerme en sus aulas universitarias durante los cinco años de mi formación profesional.
- Con todo respeto a las pacientes en tratamiento oncológico, por apoyar en la aplicación del instrumento de recolección de datos.

DEDICATORIA

Entrego mi trabajo a Dios, el creador de todas las cosas, él me ha dado fortaleza para continuar con mi vocación de ser una buena enfermera

A mis padres a quien le debo el gran esfuerzo y apoyo por el cariño y comprensión quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a salir adelante, para poder llegar a ser una buena profesional.

RESUMEN

La neoplasia mamaria se presenta en mayor frecuencia en las mujeres de los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. La incidencia de esta enfermedad va en aumento en el mundo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida poco saludables. La Organización Mundial de la Salud promueve el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. El objetivo de la investigación fue determinar las características individuales y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima agosto – 2017. El estudio es descriptivo, no experimental, transversal y cuantitativo. La población de estudio fue 144 pacientes con cáncer de mama y la muestra quedó conformada por 43 pacientes con cáncer de mama, las cuáles fueron tomadas a través del muestreo no probabilístico según criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Respecto a la primera variable Características demográficas: Según dimensión características individuales se obtiene con respecto al sexo que el 98% (42) es de sexo femenino, otro igual porcentaje de 98%(42) es de raza mestiza; 70%(30) el tiempo de diagnóstico de la enfermedad es de 1 a 3 años, el 65%(28) ha tenido familiares cercanos con cáncer, predominan las edades de 35-55 años con 65%(28), el 58%(25) tiene instrucción secundaria y el 40%(17), tiene un hijo, según los resultados obtenidos. En la segunda variable Calidad de vida en las dimensiones física, psicológica y social fue regular con 53%(23), 63%(27) y 48%(21); mala calidad de vida con 40%(17); 28%(12), 40%(17) y buena calidad de vida con 7%(3) 9%(4) y 12%(5) en las mismas dimensiones obteniéndose un consolidado global en la variable Calidad de vida regular en pacientes con cáncer en 58%(25), mala en 33%(14) y finalmente buena en 9%(4).

Palabras clave: **Características demográficas, calidad de vida, cáncer de mama.**

ABSTRACT

Breast cancer is the most common in women in both developed and developing countries. The incidence of breast cancer is increasing in the world due to longer life expectancy, increased urbanization and the adoption of unhealthy lifestyles. WHO promotes the control of breast cancer within the framework of national cancer control programs, integrating it in the prevention and control of non-communicable diseases. The objective of the research was to determine the individual characteristics and quality of life in patients with breast cancer undergoing oncological treatment Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima August - 2017. The study is descriptive, not experimental, transversal and quantitative. The study population was 144 patients with breast cancer and the sample consisted of 43 patients with breast cancer, which were taken through non-probabilistic sampling according to inclusion and exclusion criteria. Results: Regarding the first variable Demographic characteristics: According to individual characteristics dimension, it is obtained with respect to sex that 98% (42) is female, another equal percentage of 98% (42) is of mixed race; 70% (30) the diagnosis time of the disease is 1 to 3 years, 65% (28) have had close relatives with cancer, the ages of 35-55 years predominate with 65% (28), 58% (25) has secondary education and 40% (17) has a child, according to the results obtained. In the second variable Quality of life in the physical, psychological and social dimensions was regular with 53% (23), 63% (27) and 48% (21); poor quality of life with 40% (17); 28% (12), 40% (17) and good quality of life with 7% (3) 9% (4) and 12% (5) in the same dimensions, obtaining a global consolidation in the variable Quality of regular life in patients with cancer in 58% (25), bad in 33% (14) and finally good in 9% (4).

Key words: **Demographic characteristics, quality of life, breast cancer.**

PRESENTACIÓN

El cuidado y manejo de la paciente con cáncer de mama es complejo debido a que involucra una serie de procesos que unidos unos con otros permiten dentro de los estándares de atención que la paciente cumpla su proceso satisfactoriamente conllevando en una mejor calidad de vida.

Es preciso recalcar que a pesar de la tecnología y avances de la ciencia se debe asegurar que la atención sea humanizada no solo a la paciente sino también a su familia durante el proceso en la recuperación de su salud.

El estudio tiene como objetivo determinar las características individuales y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima agosto – 2017. con la finalidad de incorporar aspectos resaltantes en las dimensiones afectadas de la calidad de vida, asimismo respecto a la valoración y la intervención en enfermería en su plan de cuidados; cuya labor puede extenderse ya sea tanto en la clínica hospitalaria, a nivel domiciliario, y en la consejería familiar para la adaptación a la enfermedad, todo lo cual contribuirá no sólo al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, familia, y de la propia comunidad; sino también permitiría profundizar en las necesidades de atención de estas pacientes.

Esta investigación se encuentra organizado en 5 capítulos: En el capítulo I encontramos: El problema, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación del problema y el propósito de estudio. En el capítulo II, marco teórico, antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, definición operacional de términos. En el capítulo III, la metodología de la investigación: tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV comprende: Análisis de los resultados. En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
I.b.. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
I.c. OBJETIVOS:	16
I.c.1.GENERAL	16
I.c.2.ESPECÍFICOS	16
I.d. JUSTIFICACIÓN.	16
I.e. PROPÓSITO	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	18
II.b. BASE TEÓRICA	25
II.c. HIPÓTESIS	45
II.d. VARIABLES	45
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	46

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a TIPO DE ESTUDIO	47
III.b. ÁREA DE ESTUDIO	47
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA	47
III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.e DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	49
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. RESULTADOS	51
IV.b. DISCUSIÓN	57
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. CONCLUSIONES	60
V.b. RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

N°		PÁG.
1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	88
2	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	89
3	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	89
4	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	90
5	CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	90

LISTA DE GRÁFICOS

N°		PÁG.
1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	51
2	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	53
3	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	54
4	CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	55
5	CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA AGOSTO 2017.	56

LISTA DE ANEXOS

N°		PÁG.
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	72
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	75
3	PRUEBA BINOMIAL	80
4	TABLA DE CÓDIGO DE RESPUESTAS	81
5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	83
6	TABLA MATRIZ DE VARIABLES	84
7	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES	88

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer presenta grandes repercusiones en la sociedad en todo el mundo. Las estadísticas del cáncer describen lo que ocurre en grandes grupos de personas y ofrecen una imagen a través del tiempo de la carga que representa el cáncer en la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estiman que 2,8 millones de personas son diagnosticadas cada año y 1,3 millones de personas mueren por esta enfermedad anualmente. Aproximadamente el 52% de los nuevos casos de cáncer ocurren en personas de 65 años o menos, que están en la flor de la vida. Si no se adoptan más medidas, se prevé un incremento a más de 4 millones de nuevos casos y 1,9 millones de defunciones por cáncer para el año 2025. ¹

Por ello se debe realizar la promoción de estilos de vida saludable y el cambio de conductas que favorezcan la salud y prevención de enfermedades.

Cuando se dice que 1 de cada 8 mujeres en los Estados Unidos, o el 12%, desarrollarán cáncer de mama en el transcurso de sus vidas, se habla de riesgo absoluto. En promedio, una mujer tiene 1 en 8 probabilidades de desarrollar cáncer de mama a lo largo de una vida de 80 años. En edades de 30 a 39 años, el riesgo absoluto es de 1 en 227, es decir, del 0,44%. Esto significa que 1 mujer en 227 mujeres de este grupo etáreo puede desarrollar cáncer de mama. ²

Las cifras que se muestran son alarmantes teniendo en cuenta que la prevalencia de este tipo de cáncer es alta.

En España, tres de cada cuatro casos son diagnosticados en estadios iniciales y sólo un 4% presenta metástasis al diagnóstico. La mayoría de los casos de cáncer de mama se diagnostican en edades comprendidas entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Las tasas de incidencia están aumentando lentamente, probablemente debido al envejecimiento de la población. La supervivencia aumenta un 1,4% cada año y su tasa se sitúa cerca del 83% a los cinco años del diagnóstico. ³

De allí la importancia de la detección precoz, donde se debe orientar a las mujeres para que se realicen el autoexamen en la busca de nódulos mamarios, así como orientar para que se realicen chequeos médicos periódicos.

Las mujeres casadas presentan una mejor respuesta ante el cáncer de mama y una mayor supervivencia, con independencia de las características del tumor. Así lo indica un estudio internacional, realizado entre unas 550.000 mujeres, en el que han participado el Hospital Vall d'Hebron y el Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO) en el año 2014.⁴ Probablemente porque tienen hijos con lo cual disminuye la posibilidad de tener cáncer a la mama.

A nivel nacional, refiere Dammert A, (2016) presidente de la Liga contra el Cáncer, se presentan cerca de 47,000 nuevos casos de cáncer al año y más de 25,000 peruanos fallecen a causa de la enfermedad debido a la falta de cultura preventiva, el 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad; los tipos de cáncer más frecuentes en mujeres son: el cáncer de cuello uterino seguido por el cáncer de mama. Representa el cáncer más frecuente en Lima y Arequipa y se estima al año hasta 5,000 nuevos casos.⁵

La enfermedad se desarrolla sobre todo porque no existe una cultura preventiva en países como el nuestro donde se acude al centro de salud cuando ya se tiene el cáncer a la mama en estadios avanzados.

Sólo en Lima se detectaron más de 2,800 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres aseguradas, durante el 2014. De los cuales 2,212 pertenecen a la Red Asistencial Rebagliati, 363 a la Red Asistencial Almenara y 311 a la Red Asistencial Sabogal. Diariamente, en el Perú se detecta 10 mujeres con cáncer de mama y cada día mueren cuatro por la misma enfermedad. ⁶

Reafirmando de esta manera la incidencia alta de la patología.

En Ica, el Director Regional de Salud Constantino Vila, reveló que el número de casos de cáncer de estómago, próstata y colon han aumentado en la región y por ello recomendó el lavado de las manos.

Vila reveló que el número de cáncer tiene una mayor cantidad conforme al nivel poblacional. En ese sentido, la mayor cantidad de casos se encuentran en Ica, seguida de Chincha, Pisco, Nasca y Palpa.⁷

Debido a la problemática presentada líneas arriba, se realiza la siguiente pregunta de investigación:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las características demográficas y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima agosto – 2017?

I.c. OBJETIVOS:

I.c.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características demográficas y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima agosto – 2017.

I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Identificar las características demográficas de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico según sea:

- Individuales

OE2: Identificar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico según sea:

- Física
- Psicológica
- Social.

I.d. JUSTIFICACIÓN:

Se considera importante investigar sobre el cáncer de mama y su repercusión en la calidad de vida durante el transcurso de la enfermedad e incluso después de finalizado el tratamiento, conllevando a problemas en los aspectos: físico, emocional y social. De este modo los profesionales de enfermería incorporarán aspectos resaltantes en estas dimensiones respecto a la valoración y la intervención en enfermería en su plan de cuidados; cuya labor puede extenderse ya sea tanto en la clínica hospitalaria, a nivel domiciliario, y en la consejería familiar para la adaptación a la enfermedad, todo lo cual contribuirá no sólo al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, familia, y de la propia comunidad; sino también permitirá profundizar en las necesidades de atención de estas pacientes.

La magnitud y gravedad de esta patología hace necesario que se planifique y ejecute acciones destinadas en la prevención a través del diagnóstico precoz y la educación sanitaria.

I.e. PROPÓSITO:

Los resultados de la investigación servirán para proporcionar información actualizada sobre las características demográficas y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico a fin de desarrollar estrategias donde se incluya las modificaciones en el estilo de vida así como lograr concientizar a la población en estudio para lograr su recuperación así también se tendrán datos resaltantes sobre la problemática en estudio y de esta manera plantear metas que permitan obtener cambios de comportamiento favorables en la mujer con cáncer de mama.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Torrecilla M, Casari L, Rivas J. En el año 2016 realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con el objetivo de identificar el **AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PACIENTES ONCOLÓGICAS. ARGENTINA**. Se obtuvo una muestra intencional no probabilística de 80 mujeres entre 21 a 55 años de edad, que se encontraban en tratamiento oncológico. Se utilizó como técnica la encuesta y un cuestionario sociodemográfico. Resultados: El 54,5 % de las mujeres están casadas o en concubinato, un 27,5 % solteras, 13,7 % separadas o divorciadas, y el resto viudas (3,75 %). En cuanto a la escolaridad, en su mayoría las mujeres sólo concluyeron sus estudios primarios (43,75 %), seguido de secundario completo (33,75 %), y el restante se distribuye entre terciario o universitario completo (20 %), o sin estudios primarios (2,5 %). Prácticamente el 80% es ama de casa, y el porcentaje restante trabaja en relación de dependencia. En relación a la enfermedad, presentan diversos tipos de cáncer con o sin metástasis en diversos órganos y partes del cuerpo. Principalmente cáncer de mama: 65% y el porcentaje restante se distribuye entre cáncer de ovario: 17%; de cuello de útero: 15%; pulmón: 3%, colon, tiroides, etc. Los tratamientos principales incluyen: quimioterapia, cirugía, radioterapia, hormono terapia, y en espera de tratamiento. En los ítems de la Escala Funcional, en la que debería esperarse que sus puntajes estén dentro del promedio o por encima del mismo, la muestra conforme a las 80 mujeres, obtuvo un puntaje inferior al del promedio esperado, indicando que, los ítems de Funcionamiento Físico, Funcionamiento de Rol, Funcionamiento Emocional, Funcionamiento Cognitivo y Funcionamiento Social, están dentro de la descripción de Calidad de Vida por debajo del Promedio esperado. Conclusiones: Se encontraron correlaciones en: descarga emocional con funcionamiento físico ($r = -.436$), fatiga ($r = -.395$), funcionamiento emocional ($r = -.312$), disnea ($r = .304$), y calidad de vida

global ($r = .408$). También se encontraron correlaciones significativas entre solución de problemas con, disnea ($r = -.447$), funcionamiento de rol ($r = .328$) y funcionamiento emocional ($r = .321$). La evitación cognitiva correlacionó significativamente con funcionamiento emocional ($r = -.312$), y reevaluación positiva correlacionó positivamente con funcionamiento físico ($r = .325$)".⁸

Rey R En los años 2013 al 2015 realizó una investigación cuantitativa, observacional, prospectiva con el objetivo de determinar la **CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. LA CORUÑA. ESPAÑA.** Se incluyen casos incidentes diagnosticados de cáncer de mama en el área sanitaria de A Coruña (periodo: 2013-2015; $n=339$; seguridad=95%; precisión= $\pm 5,32\%$). Resultados: La mediana de edad es de 59 años, residiendo el 51% en el municipio de La Coruña, las casadas son el 64,9% y con estudios básicos el 62,2%. La localización más frecuente del cáncer de mama es en el cuadrante superior externo (40,7%). Los síntomas más perturbadores de la calidad de vida son el insomnio, fatiga y la preocupación por la pérdida del cabello. Conclusiones: Los factores sociales, psicológicos y físicos son determinantes de la calidad de vida global y ansiedad en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en España.⁹

Cruz B, Moreno C, Angarita F. En el año 2013 realizó una investigación descriptiva con el objetivo de realizar la **MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POR EL CUESTIONARIO QLQ-C30 EN SUJETOS CON DIVERSOS TIPOS DE CÁNCER DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA, COLOMBIA.** La población de estudio estuvo conformada por 40 sujetos de los cuales el 45% ($n=18$) estaba hospitalizado y el 55% ($n=22$) pertenecían al programa ambulatorio, la edad promedio fue 60, 98+- 11,5 años, el género del femenino (72.5%), el tiempo promedio de evolución del cáncer 4,68+- 5,17años. A quienes se les aplicó el cuestionario EORTC QLQ- 30. Sus resultados muestran que el promedio del puntaje

global del cuestionario EORTC-QLQ –C30 fue de 60 +- 9.3 puntos, los tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos fueron el linfoma, cáncer de colon y tiroides, mientras que el cáncer con menos puntajes es el mieloma múltiple y cáncer de próstata. Se ha concluido que en general, el proceso evolutivo de la patología oncológica, los sujetos presentan disminución en la calidad de vida. Este indicativo permite a los profesionales encargados del mantenimiento de la salud, a planear estrategias de intervención eficaces y a realizar un diagnóstico situacional, y podrá servir como referencia para la generación de protocolos específicos de intervención por patología. ¹⁰

Yeladaky R, Hernández F. En el año 2013 realizó un estudio cuantitativo descriptivo, con el objetivo de determinar el nivel de **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA. VERACRUZ MEXICO**. Contó con una muestra de pacientes que acudieron al servicio de quimioterapia ambulatoria en un hospital de segundo nivel. El estudio aplicó la técnica de la encuesta y su instrumento el cuestionario. WHOQOL-Bref, el cual fue aplicado en los 30 pacientes que recibían quimioterapia durante el proceso investigativo. Resultados: Respecto a los datos generales, el promedio de edad fue 61 años, el género que más predominó fue el femenino con 56.7” %. Se obtuvo que el cáncer más predominante fue el cáncer de mama. Conclusiones: Se concluyó que los pacientes de ambos géneros tuvieron una calidad de vida regular, la dimensión más afectada fue la física y la más preservada la ambiental. ¹¹

Ruiz P, Almansa M. En el año 2012 realizaron un trabajo de investigación observacional, transversal y analítico con el objetivo de evaluar la **CALIDAD DE VIDA EN MUJERES QUE CONVIVEN CUATRO O MÁS AÑOS CON CÁNCER DE MAMA, DESDE UNA PERSPECTIVA ENFERMERA. ESPAÑA**. El estudio contó con una muestra de 24 mujeres participantes. Resultados: La edad media de las 24 mujeres que

componen la muestra es de 50,92 (DE = 7,907) años, la gran mayoría (79,2%) estaban casadas y tenían una media de 2,63 hijos. En cuanto a la situación laboral, el 45,8% estaban empleadas, el 37,5% se encontraban en situación de desempleo y el 16,7% jubiladas, tenían un nivel de estudios primarios el 33,3% y universitarios el 29,2%. Respecto al tipo de cirugía el 33,3% se sometieron a una cirugía conservadora, el 25% a una mastectomía parcial, otro 25% a una mastectomía radical con reconstrucción y el 16,7% mastectomía radical. En cuanto al tipo de tratamiento habían recibido quimioterapia junto con radioterapia y terapia hormonal en el 45,8% de los casos, radioterapia junto con terapia hormonal el 20,8%, quimioterapia junto con radioterapia el 8,3%, quimioterapia junto con terapia hormonal otro 8,3% y solo quimioterapia el 16,7%. Conclusión: Las dimensiones más alteradas son el estado global de salud, el funcionamiento emocional, la fatiga, el dolor, el insomnio, el placer sexual, la perspectiva de futuro y los síntomas asociados al brazo.¹²

Mera P, Ortiz M. En el año 2012, realizaron una investigación descriptiva sobre la **RELACIÓN DEL OPTIMISMO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CON LA CALIDAD DE LA VIDA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. CHILE.** Se seleccionó una muestra por conveniencia de 25 mujeres de la ciudad de Santiago, que se encontraban asistiendo a la corporación contra el cáncer de mama Yo Mujer, sin fines de lucro, conformada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y ex pacientes de cáncer mamario. Se invitó a participar a mujeres que tuvieran cáncer de mama y que se encontraran recibiendo algún tratamiento. Por medio del software G Power 3, se realizó un cálculo post-hoc de la potencia del diseño, considerando un tamaño de efecto de .5, un nivel de significación .05 y un $TV=25$, obteniéndose un $(1-\beta)$ de .87., se utilizó el instrumento WHOQOL- BREF, LOT – R, CSI y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. Sus resultados muestran que se encontraron correlaciones entre

cada una de las variables independientes (optimismo y estrategia de afrontamiento) con calidad de vida y entre las variables independientes, y un análisis de regresión múltiple mostró que la variable que mejor predice la Calidad de Vida es el afrontamiento, específicamente dos estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autocrítica, que en conjunto explican un 50,7 % de la varianza de la Calidad de Vida. El promedio de tiempo con la enfermedad fue de 15.8 meses, con un mínimo de 2 y un máximo de 70 meses (DT=18.6). El promedio de ganglios extraídos fue de 10.7, con un mínimo de cero y un máximo de 36 (DT=17.1). A la mayoría de las participantes (45.5%) se les realizó una mastectomía parcial, un 36.4% tuvo una mastectomía radical y a un 18.2% no se le realizó esta intervención. En cuanto a los tratamientos recibidos anteriormente, el 60% recibió cirugía, 24% quimioterapia, 49% radioterapia, 12% hormonoterapia y 12% psicoterapia. Respecto a los tratamientos actuales, el 10% recibe cirugía, 30% quimioterapia, 15% radioterapia, 40% hormonoterapia, 15% psicoterapia y 5% tratamiento paliativo del dolor. En relación a las enfermedades actuales que padecen, en promedio cada participante presenta una enfermedad, la más frecuentes siendo depresión (18.2%), artrosis (13.6%), hipertensión (9.1%) e intolerancia a la glicemia (9.1%)¹³

Falo C, Villar H, Rodríguez E, Mena M, Font A. En los años 2011-2012 hicieron una investigación cuantitativa, transversal con el objetivo de medir la **CALIDAD DE VIDA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO DE LARGA EVOLUCIÓN: LA OPINIÓN DE LAS PACIENTES. ESPAÑA**. El grupo está formado por 24 mujeres, la edad media es de 56,04 años y con edades comprendidas entre 37 y 71 años. Resultados: La mayor parte de la muestra de pacientes son casadas (75%), tiene hijos (87,5%), la mitad de las mujeres tienen estudios primarios (50%) y la otra mitad secundarios (20,8) y superiores (29,2%). Más de la mitad de las pacientes consideran que el tratamiento ha mejorado su calidad de vida en 15 de los 24 casos (62,5%), mientras que 5 pacientes (20,8%) no encontraron mejoría con el tratamiento y en 4 casos (16,6%) encontraron mejoría en

ciertos aspectos pero en otros no. Conclusiones: Un 58% de las pacientes opinan que el tratamiento mejora la calidad de vida y un 83,3% que los efectos secundarios compensan frente al beneficio de la quimioterapia; las exploraciones complementarias les dan seguridad. Únicamente dos tercios de las pacientes manifiestan tener apoyo social y un tercio no comparte el malestar con nadie. ¹⁴

Núñez S. En el año 2014 realizó una investigación de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, método no experimental de corte transversal con el objetivo de medir el nivel de **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA. ALBERGUE PADRE ROBUSCCINI. LIMA.** La población estuvo constituida por 80 pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria. La técnica fue encuesta y como instrumento el cuestionario EORTC QLQ - C30 (versión 3) tipo Lickert. Resultado. En relación a la escala de salud global, el 96% (77) es baja la calidad de vida. En cuanto a la escala funcional: a nivel social la calidad de vida es baja en un 88%, a nivel emocional la calidad de vida es baja en un 78% y a nivel físico la calidad de vida es baja en un 71%. En la escala de síntomas según los ítems dificultad financiera se mostró baja la calidad de vida (93%) y por último según la escala de síntomas a nivel del dolor (75%) ha afectado la calidad de vida. Conclusiones: Un porcentaje significativo de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una baja calidad en la escala global referido a que los pacientes han presentado síntomas colaterales del tratamiento de quimioterapia y la alteración de la dimensión funcional. En la escala funcional, perciben su calidad de vida baja referido a que la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico afectaron en su vida familiar y sus relaciones personales, siendo influenciados por el distres psicológico alterando la calidad de vida, presentan dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico, como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. En la dimensión de síntomas presenta una baja calidad de vida

referido a que la enfermedad y el traslado les crearon inconvenientes económicos y experimentaron intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario. ¹⁵

Choque M. En el año 2017 realizó una investigación cuantitativa con el objetivo de identificar el **NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA.** La técnica de estudio fue la encuesta y como instrumento de recolección de datos se aplicó el cuestionario. La muestra de estudio fue de 35 pacientes del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, llegando a los siguientes resultados: Según datos demográficos, el 74% tiene 40 años a más, el 71% proviene de la costa, el 66% no se han realizado mastectomía, el 47% tienen trabajo eventual y el 43% tienen instrucción superior. Respecto a la variable nivel de autoestima, el 46% mujeres encuestadas presentan una autoestima alta, el 31% una autoestima media y el 23% mujeres encuestadas presentan una baja autoestima. Por otro lado, en la variable calidad de vida, el 14.4% mujeres encuestadas presentan una buena calidad de vida, el 74.2% una calidad de vida regular y el 11.4% mujeres encuestadas presentan una mala calidad de vida. ¹⁶

De acuerdo a los antecedentes citados anteriormente tanto a nivel internacional, como en América Latina y local existen claras semejanzas en cuanto a las características demográficas y la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama.

Se puede afirmar que la falta de control por temor o miedo al diagnóstico de cáncer de mama sigue siendo un impedimento a una detección temprana de la enfermedad. Más allá de lo anterior, en los antecedentes encontrados se aprecia la ausencia de campañas preventivo-promocionales en la prevención de la enfermedad y también de las políticas de salud que deben asegurar la equidad en

la atención.

A través de estos estudios se ve reflejado que el cumplimiento del sistema de salud es el desafío más importante en la búsqueda de soluciones a la problemática sanitaria que afecta nuestra sociedad.

II.b. BASE TEÓRICA

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Edad: El riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad. El cáncer de mama es más agresivo en las mujeres jóvenes, pero en cambio se diagnostica más a tiempo. Por tanto, las mujeres jóvenes tienen más posibilidades de vivir muchos más años y de curarse porque el diagnóstico es más inicial. Pero, ahora, también influye la actitud de la mujer y sus conocimientos al respecto. El cáncer de mama no es muy frecuente entre los 20 y 35 años de edad, por tanto, es muy difícil ver pacientes por debajo de los 30 años. La edad es el principal factor de riesgo. A medida que la mujer se hace mayor tiene más posibilidades de padecer cáncer de mama.

El grupo de mayor edad a partir de los 45 años, aunque casi el 40 por ciento de las mujeres con cáncer de mama tiene menos de 50 años de edad, cuando se diagnostica.¹⁷

Número de hijos: Las mujeres que han dado a luz a cinco o más hijos presentan la mitad del riesgo de cáncer de seno que las mujeres que nunca dieron a luz. Cierta evidencia indica que la reducción del riesgo asociada con un número mayor de hijos puede estar limitada al cáncer de seno con receptores hormonales.¹⁸

Sexo: En cuanto al sexo, las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de desarrollar cáncer de mama que los varones.

Grado de instrucción: El nivel de instrucción guarda relación con el cáncer de mama debido que las pacientes tienen poca accesibilidad a la

información y a que esta pueda ser entendida, lo cual lleva a la realización de prácticas inadecuadas en la prevención de la enfermedad.

Antecedentes familiares: Tiende a aumentar el que se tenga la enfermedad si se cuenta con un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, cáncer ovárico o cáncer de colon. Alrededor del 20 al 30 por ciento de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama tienen más riesgo, este se incrementa si el familiar es la madre, hermana o hija.

Raza: Las mujeres blancas son un poco más propensas a desarrollar cáncer de mama que las mujeres afroamericanas. Las mujeres asiáticas, latinas y nativas norteamericanas tienen un riesgo menor de desarrollar cáncer de mama y morir a causa de ello.¹⁹

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: El tiempo que dure la enfermedad las pacientes recibirán tratamiento constante y visitas médicas frecuentes. Las pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama presentan con frecuencia síntomas de miedo, e incertidumbre sobre el futuro, la mayoría de estos síntomas disminuyen a medida que pasa el tiempo y mejoran las perspectivas de la paciente.²⁰

En cambio, las pacientes que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer avanzado presentan mayor número de síntomas físicos y emocionales, con el agravante de que las expectativas de futuro empeoran con el tiempo. Con frecuencia se observa una disminución progresiva de la calidad de vida, y los tratamientos no pueden evitar el empeoramiento físico, el aislamiento social y finalmente la muerte.²¹

CALIDAD DE VIDA

La medición de la calidad de vida busca que el tratamiento se enfoque más en el paciente que en la enfermedad. Al aceptarse que la calidad de vida es un constructo centrado en el paciente, surge un reto para su medición ya que se reconoce su carácter único en cada sujeto, lo cual impone grandes dificultades a la hora de generar instrumentos de medición estandarizados.²²

A. Dimensión física:

El bienestar físico es cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o funciones está menoscabado; el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad vital de cada uno.²³

Presencia de náuseas: Los vómitos son efectos secundarios del tratamiento del cáncer que afectan a la mayoría de los pacientes que reciben quimioterapia. La radioterapia dirigida al encéfalo, el tubo gastrointestinal o el hígado también produce náuseas y vómitos.

La náusea es una sensación desagradable en la parte posterior de la garganta o el estómago que viene y se va en oleadas. Aunque los tratamientos para las náuseas y vómitos han mejorado, estos síntomas todavía son efectos secundarios graves del tratamiento del cáncer porque producen sufrimiento en el paciente y a veces causan otros problemas de salud. Es posible que los pacientes tengan más náuseas que vómitos.²⁴

Apariencia general: Comúnmente se puede observar a las pacientes con fatiga relacionada con el cáncer, se les ve con una sensación persistente de cansancio o agotamiento físico o mental relacionado con el cáncer o su tratamiento. La fatiga relacionada con el cáncer causa problemas con el funcionamiento habitual de la persona, no refleja su nivel de actividad, no mejora con el descanso. En general, la fatiga afecta el bienestar físico,

con una apariencia general de cansancio. Para algunos, es levemente, molesto, mientras que para otros la experiencia es abrumadora.²⁵

Mantener el nivel de actividad o aumentarlo puede ayudar a aliviar la fatiga relacionada con el cáncer. Algunas personas pueden beneficiarse trabajando con un fisioterapeuta, en particular si tienen mayor riesgo de sufrir lesiones. Esto puede deberse al cáncer, el tratamiento contra el cáncer u otras afecciones médicas.

Suficiente energía: En estas pacientes se presenta falta de energía y puede afectar a todas las áreas de la vida porque hace que el paciente se sienta demasiado cansado para participar en las actividades diarias, relaciones, acontecimientos sociales y actividades comunitarias. Los pacientes pueden faltar al trabajo o la escuela, pasar menos tiempo con los amigos y la familia, o pasar más tiempo durmiendo. En algunos casos, la fatiga física conduce a la fatiga mental y cambios en el estado de ánimo. Esto puede hacer difícil que el paciente preste atención, recuerde cosas y piense claramente. Todas estas cosas pueden reducir la calidad de vida y la autoestima del paciente.

Los pacientes que son mayores, tienen cáncer avanzado o reciben más de un tipo de tratamiento (por ejemplo, quimioterapia y radioterapia) tienen mayores probabilidades de sufrir de fatiga a largo plazo. Los distintos tratamientos para el cáncer tienen diferentes efectos en el grado de energía del paciente.²⁶

Interferencia en las actividades diarias por dolor: Las consecuencias del dolor pueden ser de larga duración e irreversibles, así como conducir a dificultades en las funciones de la vida diaria, o limitar las posibilidades de participar en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad. La deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se manifiesta en las actividades cotidianas.²⁷

Carga personal por la enfermedad: Los familiares y amigos de los pacientes con cáncer soportan a menudo una gran carga emocional. Su papel es apoyar y ayudar a sus familiares, pero con ellos, también sienten miedo, impotencia e incertidumbre y, muy a menudo, la responsabilidad de estar presente en cualquier circunstancia en la que el paciente pueda necesitarle. ²⁸

El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida.

El cáncer afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío, tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar. Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

Incomodidad por dolor debido al cáncer: La Internacional Association for the Study of Pain, (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial. De una manera más práctica y clínica se podría definir como una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad ²⁹

El dolor físico que origina el cáncer es un problema importante. A veces, los médicos no son del todo conscientes de ello y lo tratan de modo insuficiente. Estadísticas recientes demuestran que, en las etapas iniciales, el 34% de los pacientes tiene dolores y que este número se eleva hasta el 74% en los estadios avanzados. Los dolores son fuertes en el 25% de los pacientes diagnosticados. En efecto, el dolor es un dato subjetivo y, por lo tanto, difícil de cuantificar. Por tanto, es fácil que no se aprecie en su justa medida, dada la imposibilidad real de medirlo y conocer su verdadera intensidad.

En estos últimos años, estudios realizados en pacientes con cáncer han demostrado que el tratamiento del dolor hace posible mejorar la calidad de vida sin que necesariamente aumente la supervivencia.³⁰

Aspecto físico: Los cambios físicos que se pueden dar se deben básicamente a la propia enfermedad y a los tratamientos, como por ejemplo la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y los tratamientos hormonales. Algunos de estos cambios pueden afectar la apariencia o la imagen del cuerpo, o bien a la percepción del funcionamiento del cuerpo. Los cambios pueden ser temporales o permanentes. Algunos de los más comunes son:

Cicatrices quirúrgicas o pérdida de alguna parte del cuerpo

Estomas intestinales (colostomías, ileostomías) o respiratorios (traqueotomía)

Linfedema

Fatiga

Cambios en la memoria y capacidad de concentración

Cambios en el sistema nervioso (neuropatía)

Problemas en la boca o los dientes

Cambios en el peso y en los hábitos alimentarios

Dificultad para deglutir

Dificultad en el control de esfínteres (urinario e intestinal)

Cambios en la función reproductiva y sexual.³¹

De todos los tipos de cáncer que hay, en el cáncer de mama es donde más se pueden observar los efectos de la enfermedad y el tratamiento, en la imagen corporal.³²

Las percepciones negativas de la imagen corporal en el cáncer de mama incluyen insatisfacción con la apariencia, una percepción de pérdida de la feminidad y la integridad corporal, evitar verse desnuda, sentirse menos atractiva e insatisfacción con el resultado quirúrgico.³³

B. Dimensión psicológica:

Hay evidencias que los tratamientos quirúrgicos radicales (como la mastectomía radical) presentan mayores problemas psicológicos y adaptativos que los tratamientos quirúrgicos conservadores. En algunos casos las personas que padecen cáncer temen ser rechazados y por ello evitan las relaciones sociales y se aíslan. Las señales de agrado y aceptación por parte de la gente del entorno van a ser decisivas para facilitar la reintegración social y las emociones positivas del paciente. La disponibilidad y acceso a los recursos necesarios como el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada paciente o el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica va a facilitar que la persona pueda superar las limitaciones.

Las percepciones negativas en la imagen corporal que presentan las mujeres con cáncer de mama se relacionan con la mastectomía radical, en una menor edad, no poseer apoyo social y la quimioterapia. La imagen corporal es relevante porque forma parte de la valoración social y es un componente importante de la identidad personal.³⁴

Sentimientos de tristeza: Tener cáncer de mama, es referirse a un arco iris de emociones y de los sentimientos más profundos de una mujer,

Para muchas personas vivir un cáncer supone diferentes pérdidas, reales o posibles, relacionadas con la salud, la independencia o autonomía, el papel en su familia y a nivel social, el trabajo y cambios importantes en las relaciones personales. Estas pérdidas pueden ocasionar tristeza. Esta

emoción forma parte de la adaptación normal a la enfermedad y las nuevas circunstancias, pudiendo aparecer en los diferentes momentos del proceso oncológico, incluso de modo intermitente.

La tristeza puede ser un sentimiento muy fuerte en algunos momentos de la enfermedad (por ejemplo, tras el diagnóstico o al inicio de los tratamientos), pero generalmente no dura mucho tiempo y no impide hacer actividades habituales o disfrutar de la vida diaria. Se tiene que tener en cuenta que la tristeza es una situación breve y transitoria, que cuando ha pasado permite continuar desarrollando la vida de forma más confortable.³⁵

Manejo del estrés: La palabra cáncer en sí misma provoca temor y produce altos niveles de incertidumbre. El temor y la ansiedad son diagnósticos enfermeros muy frecuentes en los pacientes oncológicos sometidos a radioterapia.³⁶

Es importante abordar estos problemas en fases iniciales ya que pueden derivar en estados de depresión/ansiedad que pueden aparecer en la paciente oncológica desde el diagnóstico de su enfermedad y durante el transcurso de la misma, y que pueden constituir un problema no sólo en el afrontamiento de la enfermedad, sino en el grado de tolerancia a los efectos secundarios y en definitiva a la adhesión al tratamiento.³⁷

Pensamientos sobre la enfermedad: Cuando se vive un cáncer de mama, se vive el dolor físico causado por el cáncer, la cirugía, los tratamientos y los efectos secundarios y el sufrimiento causado por las emociones negativas que todo el proceso provoca. Es importante aprender a manejar y disminuir o eliminar las emociones negativas que perjudican, a pesar de que el paciente no se siente bien en esos momentos y puede ser que sea más difícil lograrlo, pero es cuando más se necesita.³⁸

Miedo por el futuro: Algo con lo que a menudo tienen que cargar los pacientes recuperados de cáncer es la información sobre las estadísticas

de supervivencia para su particular cáncer. Las cifras se convierten en un peso adicional y un miedo añadido al que hay que enfrentarse. Es importante tomar en cuenta que los pronósticos se basan en el cálculo aproximado de una media y que deben considerarse en perspectiva ya que cada individuo es único. Las preocupaciones acerca de una recurrencia en cáncer de mama, si bien pueden disminuir, nunca se van del todo. Una parte de esta persistente ansiedad puede ser atribuida al conocimiento que tienen las mujeres recuperadas de que la enfermedad puede volver a ocurrir, por lo que entonces el seguimiento médico debe continuar de por vida. El miedo a la recurrencia conduce a un frecuente autoexamen en busca de signos y síntomas de la enfermedad, a una ansiedad anticipatoria ante los controles médicos y a preocupaciones por el futuro. En algunas mujeres, el miedo puede causar severas reacciones incapacitantes como preocupaciones hipocondríacas, evitación y negación. Así como también, dificultades para planear el futuro y sentimientos de desesperación o desesperanza. Al mismo tiempo, el miedo de la familia de la paciente a la recaída puede afectar la calidad de vida familiar.³⁹

Confianza en el tratamiento: Enfermería tiene una labor muy importante en este aspecto, tanto con la paciente como con los familiares. Es el profesional que trabaja más tiempo con la paciente, el más cercano a ella y a sus familiares y, posiblemente, el que mejor lo conoce y detecta antes sus miedos y necesidades y quien brinda la confianza suficiente dando seguridad en todo momento a la paciente.⁴⁰

C. Dimensión social:

El bienestar social es el conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social. Así mismo el bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y

se puede comparar de un tiempo o espacio a otro. El bien social no implica necesariamente un colectivismo.⁴¹

El cáncer es una enfermedad que tiene la particularidad de envolver y sobrecoger a toda la familia, cambiando las rutinas y modificando hasta detalles de la vida cotidiana. Esta dimensión brinda la posibilidad de ver a la persona no solo desde la enfermedad sino a la persona que rodea a la misma; medio por el que se reconoce al paciente con la enfermedad, sus relaciones y roles.

Capacidad en las actividades diarias: Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las sobrellevan. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. Por lo tanto, sería de esperarse que cualquier persona, ante un cáncer recién diagnosticado, presente una serie de respuestas emocionales que pueden verse afectada por las características del tratamiento específico indicado. Por ejemplo, en caso de que el tratamiento de elección fuese la cirugía, los pacientes deben conocer tanto la conveniencia del procedimiento, como, en el caso de que la haya, la pérdida funcional correspondiente.⁴²

Satisfacción con el trabajo y tareas en el hogar:

La familia es una base de apoyo para la lucha contra la enfermedad y sus efectos, ya que esta forma parte del entorno en el que se desarrolla el individuo. Los miembros interactúan e intercambian información, se apoyan mutuamente y son un sustento para la mujer con cáncer de mama.⁴³

Una de las mayores preocupaciones para la familia es mantener la comodidad de la mujer y equilibrar las demandas de cuidado con sus

responsabilidades. Los miembros de la familia, por lo general, muestran su total disponibilidad hacia la mujer. Sin embargo, requieren satisfacer también sus propias necesidades. Deben permitir a la mujer asumir su propia responsabilidad, no reemplazar lo que pueda hacer por sí misma favoreciendo su potencial y manteniéndose como una persona activa, colaborando en su proceso de cuidados. ⁴⁴

Interferencia en los asuntos con los más cercanos: La amistad es otro aspecto del entorno social de la mujer con cáncer de mama intervenida que puede verse afectado. En ocasiones, el padecer esta enfermedad es una ayuda para reflexionar acerca de la veracidad de las amistades que posee, ya que probablemente sea la situación en que la mujer necesite mayor apoyo, y es consciente de quien continúa a su lado, y quién, por el contrario, ha decidido dar un paso atrás, por motivos diversos. En este caso es conveniente adecuarse a su situación, de manera que se sienta mejor consigo misma y no se sienta excluida. ⁴⁵

Pasar el tiempo con sus familiares cercanos: La percepción de ayuda emocional/instrumental y la satisfacción de la pareja en la familia tienen sentido diferente dependiendo de las normas y mitos dentro del contexto cultural y social en que viven. La pareja que vive con la enfermedad crónica tiene la oportunidad de re-pensar que es lo importante y que es lo trivial (reorganización de prioridades) en la vida como pareja y dentro de la unidad familiar. Una variable fundamental dentro de la relación familiar es la posibilidad de crear un sentido nuevo y diferente frente a la amenaza de la enfermedad. Un mayor riesgo es que la relación se identifique totalmente con la enfermedad, sin dejar ningún espacio para los elementos sanos de la relación. ⁴⁶

Pasar el tiempo con amigos: Los amigos son una base de entretenimiento y apoyo que facilita que la paciente adquiera una nueva concepción sobre la amistad. En algunas ocasiones estos se alejan de la persona enferma ya que dan por hecho que deben ofrecer ayuda y no se sienten capacitados para asumir ese compromiso. Sin embargo, cuando

estos se muestran dispuestos a ayudar, la paciente reconoce el esfuerzo que les supone y se muestra muy agradecida por esta conducta. ⁴⁷

Cáncer de mama.

Definición: Consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo.

Se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (bulto). El tumor es maligno (canceroso) si las células pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o propagándose (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. El cáncer de seno ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también lo pueden padecer.

Etiología: Al igual que en otros cánceres, las causas que provocan el cáncer de mama no se conocen. No obstante, los especialistas han identificado los factores de riesgo que predisponen a desarrollar la enfermedad:

Estadios del cáncer:

Estadio I

En el estadio I, el cáncer se ha formado. El tumor mide dos centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama”.

Estadio IIA

No hay presencia de tumor en la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos debajo el brazo); o

El tumor mide más dos centímetros o menos y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares; o

El tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros y no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIB

Mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares; o

Mide más de cinco centímetros, pero no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

En el estadio IIIA:

No se encuentra un tumor en la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras; o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón; o

El tumor mide dos centímetros o menos. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El tumor mide entre dos centímetros y cinco centímetros. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos de las axilas que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El tumor mide más de cinco centímetros. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos de las axilas que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

Estadio IIIB

En el estadio IIIB, el tumor puede tener cualquier tamaño y el cáncer:

Se ha diseminado hasta la pared del pecho o a la piel de la mama; y

Puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos de las axilas que están unidos entre sí o a otras estructuras o el cáncer puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El cáncer que se ha diseminado hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio.

Estadio IIIC

En el estadio IIIC, puede no haber signos de cáncer en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño y puede haberse diseminado hasta la pared del pecho o a la piel de la mama. Asimismo, el cáncer:

Se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos por arriba o debajo de la clavícula; y

Puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos de las axilas o hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El cáncer que se ha diseminado hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio. El cáncer de seno (mama) en estadio IIIC se divide en estadio IIIC operable y estadio IIIC no operable.

Estadio IV

En el estadio IV, el cáncer se ha diseminado hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Sintomatología:

La manifestación más frecuente que ayuda a detectar el cáncer es la aparición de un bultito (nódulo palpable) que generalmente no causa dolor. Otros síntomas frecuentes son las alteraciones de la piel de la mama o la retracción del pezón.

Tratamiento:

Se basa en múltiples factores y requiere la colaboración de diferentes especialistas: cirujanos, oncólogos, etc. En los estadios iniciales el tratamiento suele comenzar con cirugía y continuar con radioterapia. En la

actualidad, en algunos casos se ofrece la posibilidad de comenzar antes con tratamiento neoadyuvante que puede facilitar la conservación del seno. La terapia que se aplique depende de muchos factores, entre los que se incluye el estadio o etapa en que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis, el tamaño del cáncer y también de cómo sean las células cancerosas.

Cirugía

La cirugía es el tratamiento principal para el cáncer de seno en etapa I. Estos cánceres pueden tratarse con cirugía con conservación del seno (a veces llamada tumorectomía o mastectomía parcial) o mastectomía. También será necesario examinar los ganglios linfáticos ya sea con una biopsia de ganglio centinela o con una disección de ganglio linfático axilar. En algunos casos, la reconstrucción del seno se puede hacer durante la cirugía para extraer el cáncer. No obstante, si usted va a necesitar radioterapia después de la cirugía, a menudo es mejor retrasar la reconstrucción hasta después de completar la radiación.

Radioterapia

Si se realiza la mastectomía, por lo general, no se requiere radioterapia. Cuando se hace la cirugía con conservación del seno, generalmente se administra la radioterapia después de la cirugía para reducir la probabilidad de que el cáncer regrese en el seno. Las mujeres que tengan al menos 70 años de edad pueden considerar la cirugía con conservación del seno sin la radioterapia si presentan todas las características siguientes:

El tumor mide 2 cm de ancho (un poco menos de 1 pulgada) o menos y ha sido extirpado completamente.

El tumor contiene receptores hormonales y se administra terapia hormonal.

Ninguno de los ganglios linfáticos que fueron extirpados contiene cáncer.

La radiación después de la cirugía con conservación del seno todavía reduce la probabilidad de que el cáncer regrese en las mujeres que cumplen con estos criterios, pero no ha demostrado que les ayude a vivir por más tiempo.

Algunas mujeres que no cumplen con estos criterios tratan de evitar la radiación, pero los estudios han mostrado que cuando no se recibe radiación, la probabilidad de que el cáncer regrese aumenta y puede acortar sus vidas.

Terapia sistémica adyuvante (quimioterapia y otros medicamentos)

Para las mujeres que tienen un cáncer de seno con receptores de hormonas positivos (ER-positivo o PR-positivo), la mayoría de los médicos recomendará la terapia hormonal (tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasas, o uno seguido del otro) como tratamiento adyuvante (adicional), independientemente cuán pequeño sea el tumor. Resulta más probable que las mujeres con tumores que miden más de 0.5 cm de ancho (alrededor de ¼ de pulgada) se beneficien de esta terapia. Por lo general, la terapia hormonal se administra por al menos 5 años.

Si el tumor mide menos de 1 cm de ancho (alrededor de 1/2 pulgada), usualmente no se necesita la quimioterapia adyuvante. Puede que algunos médicos sugieran la quimioterapia cuando un cáncer menor de 1 cm tiene características desfavorables (tal como un cáncer que es de alto grado, negativo para receptores hormonales, HER2 positivo o que tiene un puntaje alto en un panel genético, como Oncotype Dx). Por lo general, la quimioterapia adyuvante se recomienda para los tumores más grandes.

Terapia local (cirugía y radioterapia)

Los cánceres en etapa II pueden tratarse con cirugía con conservación del seno (a veces llamada tumorectomía o mastectomía parcial) o mastectomía. También será necesario examinar los ganglios linfáticos ya sea con una biopsia de ganglio centinela o con una disección de ganglio linfático axilar. Las mujeres que se han sometido a una cirugía con

conservación del seno o que tienen un tumor grande (más de 5 cm o alrededor de 2 pulgadas de ancho) o células cancerosas en los ganglios linfáticos, se tratan con radioterapia después de la cirugía. Si se necesita también administrar quimioterapia después de la cirugía, se retrasa la radiación hasta que se complete la quimioterapia.

En algunos casos, la reconstrucción del seno se puede hacer durante la cirugía para extraer el cáncer. No obstante, si usted va a necesitar radiación después de la cirugía, a menudo es mejor esperar y hacer la reconstrucción después de completar la radiación.

Terapia neoadyuvante y adyuvante (quimioterapia y otros medicamentos)

El tratamiento neoadyuvante es a menudo una buena opción para las mujeres con tumores grandes, ya que pueden reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía, posiblemente lo suficiente como para permitir que la cirugía con conservación del seno sea una opción. Sin embargo, esto no mejora la supervivencia más que administrar los medicamentos después de la cirugía. En algunos casos, la terapia sistémica se inicia antes de la cirugía para luego continuarla después de la operación.

Los medicamentos que se utilicen dependerán de la edad de la mujer y del estado del receptor hormonal”.

Éstos pueden incluir:

Quimioterapia: la quimioterapia se puede administrar antes o después de la cirugía.

Terapia hormonal: si el cáncer tiene receptores de hormonas positivos, generalmente se emplea terapia hormonal (tamoxifeno, un inhibidor de la aromatasas, o uno seguido del otro). Se puede iniciar antes de la cirugía, pero ya que se continúa por al menos 5 años, también se deberá administrar después de la cirugía.

Prevención:

La autoexploración y las mamografías son las herramientas más útiles para encontrar bultos sospechosos en las mamas. En general, la técnica de la mamografía facilita la detección de pequeños bultos, difíciles de predecir mediante la palpación del pecho. Este tipo de prueba debe repetirse anualmente a partir de los 50 años, o de los 45 en el caso de que una persona tenga antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado.⁴⁸

Rol de Enfermería para el apoyo de mujeres con cáncer de mama

Esta enfermedad requiere de atención especializada, en la que la enfermera juega un papel muy importante.

El paciente se convierte en cliente y en el auténtico protagonista en torno al cual giran todas las intervenciones:

- Aplicación del PAE: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- Proporcionar atención integral al paciente y familia, respondiendo a sus necesidades individuales.
- Propiciar los máximos niveles de recuperación de la autonomía del individuo enfermo, alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad.
- Promover el desarrollo de la persona, impulsando la capacidad de adaptación y crecimiento del individuo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal.
- Establecer una relación terapéutica y de apoyo hacia el cliente y su familia. En el ejercicio del cuidado nos convertimos en sus aliados, sus colaboradores a lo largo del proceso, como un compromiso de acompañamiento que se hace presente en todas las actividades enfermeras, sea cual sea su situación clínica.
- Contribuir a una atención especializada, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología propia y la administración segura y correcta de tratamientos complejos.

- Elaborar protocolos de actuación propios para el manejo de problemas más frecuentes.
- Colaborar en la relación interdisciplinar efectiva, imprescindible para lograr el éxito de las estrategias terapéuticas.
- Garantizar la continuidad de la atención, estableciendo una mayor coordinación e interrelación entre las diversas áreas y niveles del sistema. Esto exige un crecimiento constante y un talante de cambio y renovación permanente, así como avanzar en el propio conocimiento de los fenómenos de interés para la disciplina.
- Promover actividades de búsqueda e investigación, destinadas a mejorar los fundamentos de los cuidados basados en la evidencia.⁴⁹

TEORÍAS DE ENFERMERIA

Teoría del autocuidado: Desarrollada por Dorothea E. Orem. En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría, entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud, está la oncología, donde la enfermera realiza actividades educativas para la detección precoz del cáncer, observando los factores de riesgo, asimismo la teoría se enfoca hacia el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado el cáncer de mama. Se ha encontrado el efecto de la consultoría en enfermería en ansiedad y, por otro lado, el efecto del autocuidado de los pacientes que están recibiendo terapia de irradiación, y el autocuidado en el manejo paliativo del dolor. Aquí el sistema de enfermería apoya al paciente oncológico, y opera brindando cuidados a los pacientes cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse.

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo

y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.

Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente oncológico buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tendrá en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.⁵⁰

Teoría de la Incertidumbre: Desarrollada por Mishel Merle, quien la define como la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad, y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimiento.

La teoría de la incertidumbre es reconocida por la enfermera en su práctica para discutir una nueva probabilidad de afrontamiento con los pacientes con cáncer, a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo. Dado que la incertidumbre produce estrés, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de

estrés, desadaptabilidad, crisis, temores, para trabajar en equipo un plan individual con el paciente. El afrontamiento le permite al paciente oncológico aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud/enfermedad, lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor calidad de vida.⁵¹

II.c. HIPÓTESIS:

II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL:

Las características demográficas son predominantes y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico es mala en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima agosto – 2017.

II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS:

HD1: Las características demográficas de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico según características individuales de sexo, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, familiares con antecedentes de cáncer, grado de instrucción y edad, son predominantes.

HD2: La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico según dimensión física, psicológica y social es mala.

II.d. VARIABLES INDEPENDIENTES:

V. 1. Características demográficas

V.2. Calidad de vida

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: Es el conjunto de características presentes en la población sujeta a estudio tomando aquellas que pueden ser medibles.

CALIDAD DE VIDA: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en relación a la cultura y valores en los que vive en relación con sus expectativas, sus objetivos y sus inquietudes. Influido por la salud física y psicológica, sus relaciones sociales, su nivel de independencia y su relación con el entorno.

CÁNCER DE MAMA: Es el crecimiento acelerado e incontrolado de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación es de enfoque cuantitativo porque los resultados serán expresados numéricamente en frecuencias y porcentajes, de tipo descriptivo transversal, porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de las características demográficas y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y es transversal porque se estudió en un periodo de tiempo

III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia que se encuentra ubicado en la Avenida Honorio Delgado N° 162. Urbanización Ingeniera, distrito de San Martín de Porres, Lima. El Hospital Cayetano Heredia es un Hospital de categoría III-1, de referencia nacional. Cuenta con las especialidades de neumología, endocrinología, cirugía cardiovascular, neurología pediátrica, dermatología, cirugía pediátrica.

Cuenta con una sala de espera para los pacientes oncológicos, con una unidad de quimioterapia ambulatoria, en donde se brinda el tratamiento oncológico para 10 a 12 pacientes, conformado por un equipo médico y un equipo de enfermeras y técnicas de enfermería quienes son los responsables de la atención brindada a los pacientes oncológicos, el horario de atención es de lunes a viernes de 7am hasta las 5pm y los sábados de 9am hasta las 1pm.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población de estudio estuvo constituida por 144 pacientes con cáncer de mama. La muestra constituida por 43 pacientes con cáncer de mama, las cuáles fueron tomadas a través del muestreo probabilístico según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico que aceptaron participar en la investigación.

Pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico que se encuentren lúcidas, orientadas en tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión

Pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico que no deseen colaborar con su participación en la investigación.

Pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico que se encuentren con trastornos del sensorio.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó para la primera y segunda variable fue la encuesta por ser la que más adecuada para la investigación.

Para la primera variable Características demográficas en el trabajo se utilizó el Cuestionario constituido por 7 ítems y para la segunda variable Calidad de vida se utilizó el cuestionario Functional Living Index Cancer (FLIC) dividida en 3 dimensiones y 22 ítems.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio; se presentó una solicitud dirigida al Director de la institución hospitalaria para que autorice la recolección de datos. Una vez obtenido el permiso, previo saludo a las pacientes cuando se les explicaba el motivo de la investigación y se solicitó su participación en el estudio; así mismo la duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 25 minutos. En todo momento se respetó el anonimato, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y la confidencialidad.

Concluida la recolección de datos se les agradeció por su participación.

III .f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez recolectada la información, se procedió al procesamiento de los datos en forma manual y electrónica, se usó los programas informáticos Excel y Microsoft Word, codificando los resultados tanto para los datos generales y ambas variables de estudio. Realizando una tabla matriz para luego obtener las tablas de frecuencia y porcentajes, y construir los gráficos correspondientes.

El análisis de los datos se hizo de acuerdo a los objetivos estipulados en el estudio mediante la estadística descriptiva, diseñándose tablas y gráficos de frecuencia y medidas de resumen para la presentación de resultados.

Para la variable características sociodemográficas se codificaron las alternativas de la dimensión para luego realizar una sumatoria simple y hallar el porcentaje correspondiente para obtener los resultados finales.

La valoración que se le asignó a la variable calidad de vida y sus respectivas dimensiones es la siguiente:

DIMENSIÓN FÍSICA:

Buena:(16-18 pts.)

Regular:(13-15 pts.)

Mala (9-12 pts.)

DIMENSION PSICOLÓGICA:

Buena: (14-16 pts.)

Regular:(11-13 pts.)

Mala (8-10 pts.)

DIMENSIÓN SOCIAL:

Buena: (9-10 pts.)

Regular:(7-8 pts.)

Mala (5-6 pts.)

GLOBAL:

Buena:(38-44 pts.)

Regular:(30-37 pts.)

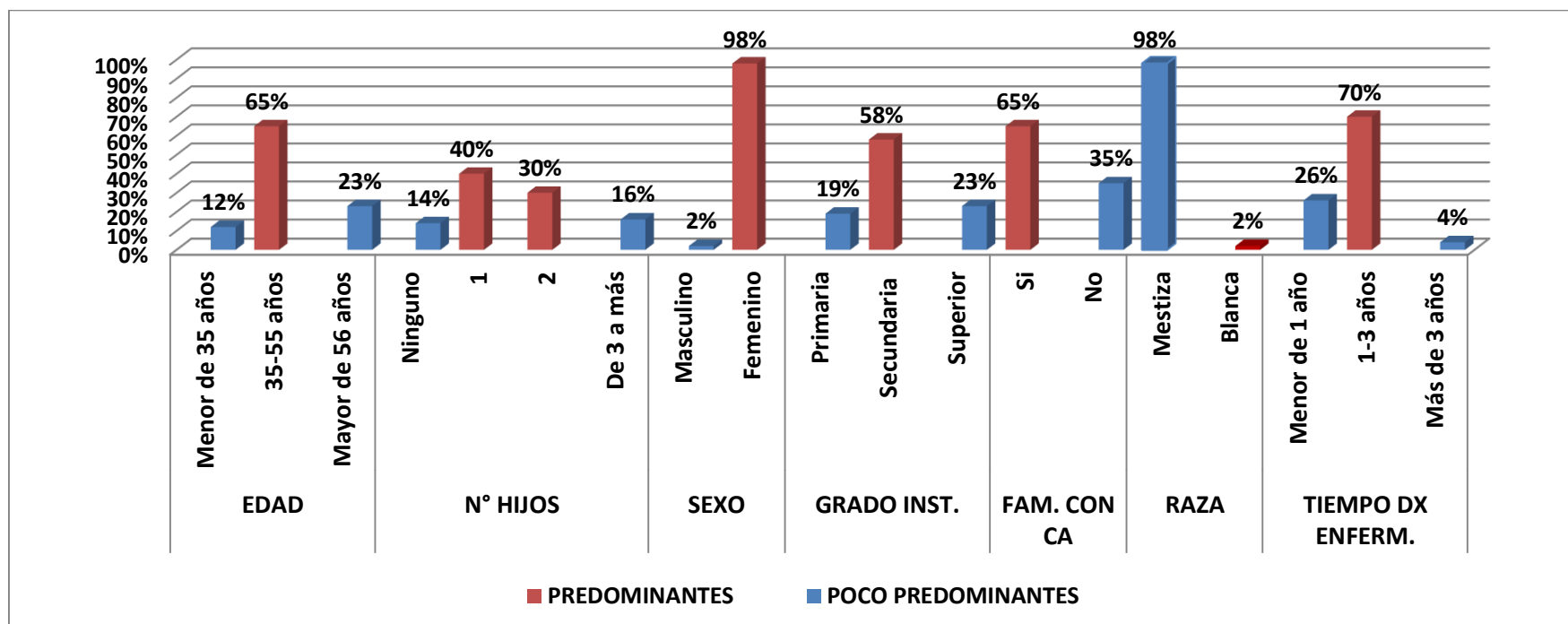
Mala (22-29 pts.)

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV. a. RESULTADOS:

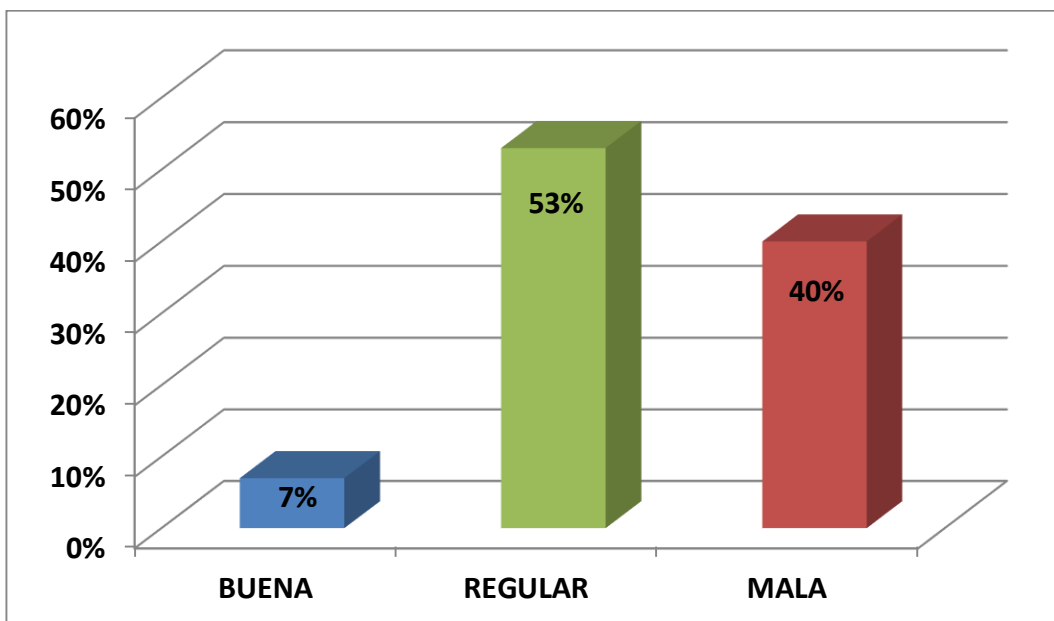
GRÁFICO 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO
ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.



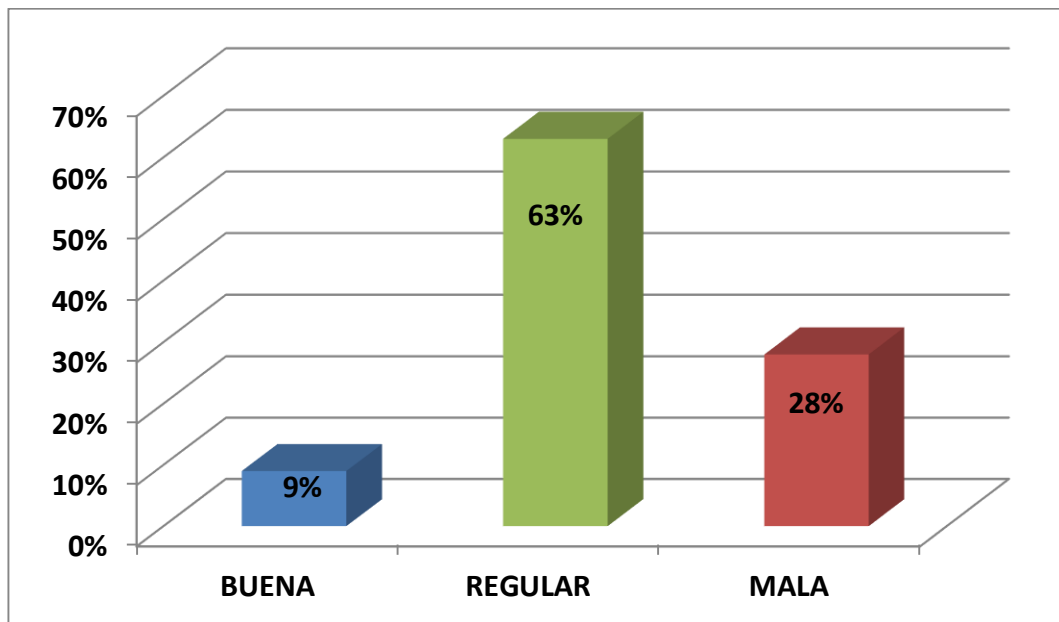
Según dimensión características demográficas de los pacientes con cáncer de mama apreciamos con respecto al sexo que el 98% (42) es de sexo femenino, otro igual porcentaje de 98%(42) es de raza mestiza; 70%(30) el tiempo de diagnóstico de la enfermedad es de 1 a 3 años, el 65%(28) ha tenido familiares cercanos con cáncer, predominan las edades de 35-55 años con 65%(28), el 58%(25) tiene instrucción secundaria y el 40%(17), tiene un hijo, según los resultados obtenidos.

GRÁFICO 2
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.



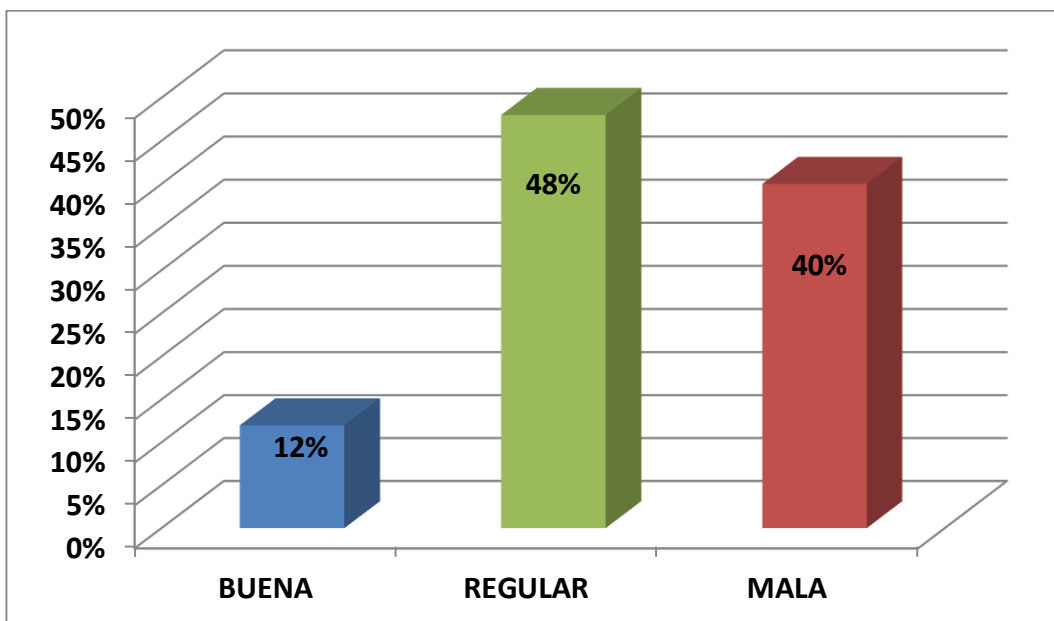
La calidad de vida de los pacientes con cáncer según dimensión física es regular en 53%(23), mala en 40%(17) y finalmente buena en 7%(3) según resultados.

GRÁFICO 3
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO
ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.



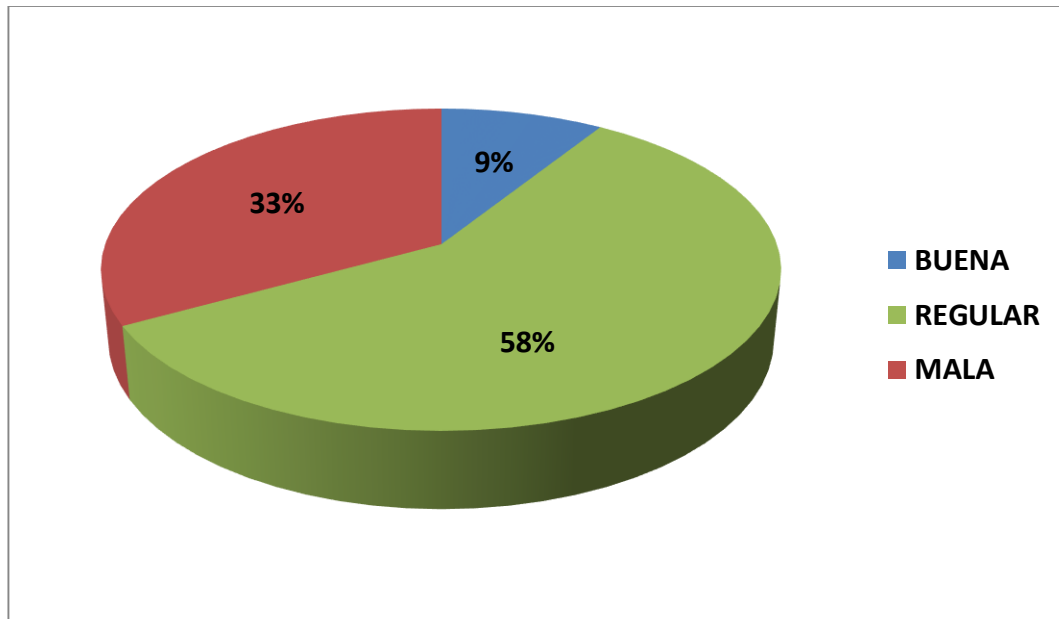
Según dimensión psicológica la calidad de vida de los pacientes con cáncer es regular en 63%(27), mala en 28%(12) y buena en 9%(4).

GRÁFICO 4
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.



Del 100%(43) de los pacientes con cáncer según dimensión social el 48%(21) tienen calidad de vida regular, el 40%(17) mala, y solo el 12%(5) buena calidad de vida.

GRÁFICO 5
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE
MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.



Según consolidado global la calidad de vida en pacientes con cáncer es regular en 58%(25), mala en 33%(14) y finalmente buena en 9%(4).

IV. b. DISCUSIÓN:

Gráfico 1: Según dimensión características demográficas de los pacientes con cáncer de mama apreciamos con respecto al sexo que el 98% es de sexo femenino, otro igual porcentaje de 98% es de raza mestiza; 70% el tiempo de diagnóstico de la enfermedad es de 1 a 3 años, el 65% ha tenido familiares cercanos con cáncer, predominan las edades de 35-55 años con 65%, el 58% tiene instrucción secundaria y el 40%, tiene un hijo, según los resultados obtenidos, resultados parecidos respecto al sexo con Cruz B, Moreno C, Angarita F.¹⁰ el género femenino en 72.5%, Yeladaky R, Hernández F.¹¹ “el género que más predominó fue el femenino con 56.7” %, así mismo se obtienen resultados opuestos respecto a la escolaridad donde Torrecilla M, Casari L, Rivas J.⁸ “en su mayoría las mujeres sólo concluyeron sus estudios primarios en 43,75 %, Ruiz P, Almansa M.¹², tenían un nivel de estudios primarios” el 33,3% y Faló C, Villar H, Rodríguez E, Mena M, Font A.¹⁴ la mitad de las mujeres tienen estudios primarios en 50%

Los resultados que se han obtenido coincide con la literatura donde se aprecia que el sexo femenino y la edad es un factor de alto riesgo para el cáncer de mama, así también la edad cuando es mayor de 50 años se incrementa la posibilidad de desarrollar la enfermedad. Referente a los antecedentes familiares son determinantes puesto que la recomendación es que aquellas mujeres que tienen o han tenido un familiar cercano con la enfermedad tienen que realizarse más temprano las respectivas pruebas para prevenir el cáncer de mama. En nuestra labor preventiva debemos promocionar los buenos estilos de vida y realizarse chequeos médicos periódicos.

Respecto al grado de instrucción en su mayoría son de secundaria por lo que deben tener más conciencia y responsabilidad respecto a los cuidados en el tratamiento del cáncer lo cual permite una mayor adherencia al tratamiento que finalmente se traduce en una mejor calidad de vida.

Gráfico 2: La calidad de vida de los pacientes con cáncer según dimensión física es regular en 53%, mala en 40% y finalmente buena en 7%, estos resultados guardan semejanza con Torrecilla M, Casari L, Rivas J.⁸ los ítems de funcionamiento físico, “están dentro de la descripción de calidad de vida por debajo del promedio esperado”, Rey R.⁹ Los síntomas más perturbadores de la calidad de vida son el insomnio, fatiga y la preocupación por la pérdida del cabello; Yeladaky R, Hernández F.¹¹ la dimensión más afectada fue la física y Ruiz P, Almansa M.¹² Las dimensiones más afectada es la fatiga, el dolor, el insomnio, los síntomas asociados al brazo y Núñez S.¹⁵ según la escala de síntomas a nivel del dolor 75% ha afectado la calidad de vida”.

El cáncer es una enfermedad que afecta enormemente a nivel físico disminuyendo las capacidades de la persona, no obstante es positivo que se realice actividad física el cual ayudará a aliviar la fatiga y malestar en estas pacientes. De allí la necesidad de brindar a las pacientes con cáncer de mama las herramientas que les permita afrontar de la mejor forma las implicancias físicas que trae consigo la enfermedad permitiendo que la paciente continúe con su vida en las mejores condiciones enfrentando así las dificultades de su enfermedad.

Gráfico 3: Según dimensión psicológica la calidad de vida de los pacientes con cáncer es regular en 63%, mala en 28% y buena en 9%, resultados contrarios con Núñez S.¹⁵ a nivel emocional la calidad de vida es baja en un 78%

Los hallazgos de la investigación son evidentes en la calidad de vida regular en 63% lo cual hace que no se tenga bienestar emocional y hace inferir que las pacientes en estudio no son capaces de afrontar sus emociones; por el contrario se dejan dominar por las preocupaciones. Si una persona posee serenidad mental, proyectará este bienestar también a nivel corporal, ya que un menor estrés y una mejor calidad de descanso proporcionarían evidentes beneficios para la salud emocional. Igualmente, las familias requieren ser capacitadas y sensibilizadas ante la situación de

la paciente para acompañarla de forma más efectiva.

Gráfico 4: Del 100% de los pacientes con cáncer según dimensión social el 48% tienen calidad de vida regular, el 40% mala, y solo el 12% buena calidad de vida, resultados semejantes con Torrecilla M, Casari L, Rivas J.⁸ “Funcionamiento Social, están dentro de la descripción de Calidad de Vida por debajo del Promedio esperado, Mera P, Ortiz M.¹³ el apoyo social y la autocrítica, que en conjunto explican un 50,7 % de la varianza de la Calidad de Vida y Núñez S.¹⁵ a nivel social la calidad de vida es baja en un 88”%.

Por lo expuesto se debe fortalecer las redes sociales y el entorno familiar debe ser de unión para poder enfrentar las dificultades del diagnóstico, debido a ello las familias deben ser capacitadas y sensibilizadas ante la situación que presenta su paciente para acompañarla de forma más efectiva.

Gráfico 5: Según consolidado global la calidad de vida en pacientes con cáncer es regular en 58%, mala en 33% y finalmente buena en 9%, hallazgos similares con Choque M.¹⁶ donde el 74.2% tiene una calidad de vida regular, 11.4% mujeres encuestadas presentan una mala y regular calidad de vida.

Por ello es importante que se establezca una relación de confianza con la paciente en tratamiento, por ello como profesionales de Enfermería debemos orientar a la paciente a manejar la situación a través de una actitud positiva frente a la enfermedad en el cual además se incluya psicólogos para el fortalecimiento de la autoimagen y autoestima de la mujer.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a. CONCLUSIONES

- Las características demográficas de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico según características individuales de sexo, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, familiares con antecedentes de cáncer, grado de instrucción y edad, son predominantes, aceptándose la hipótesis derivada 1 del estudio.
- La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico según dimensión física, psicológica y social es regular rechazándose la hipótesis derivada 2 de la investigación.

V. b. RECOMENDACIONES:

- 1.** A los profesionales de la salud que atienden a las pacientes en tratamiento oncológico según las características individuales apoyar a las pacientes mediante un equipo interdisciplinar, comprendiendo la importancia de este proceso y así prestar una atención integral tanto a la mujer como a su familia considerando a la persona como un ser biopsicosocial ya que el tratamiento del cáncer no consiste solo en salvar vida sino mejorar su calidad de vida.
- 2.** A las pacientes que asuman la responsabilidad en su autocuidado para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud siendo necesaria la individualización de los cuidados así también se trabajará en aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento en un estilo de vida saludable haciendo de la educación para la salud la base para mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. OMS. Día Mundial contra el cáncer 2017. [Fecha de acceso 30 de abril de 2018]; Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12910%3Aworld-cancer-day-2017&catid=9245%3Aworld-cancer-day-wdc&Itemid=42340&lang=es
2. Riesgo de desarrollar cáncer de mama. [base de datos]. Abril 2017. Breastcancer.org. [Fecha de acceso 22 de octubre de 2017]; URL disponible en: www.breastcancer.org › ... › Riesgo de padecer cáncer de mama y factores de riesgo
3. El cáncer de mama en España, en cifras. [Datos en línea]. 2016. [Fecha de acceso 22 de abril de 2017]; Disponible en: <http://www.mujerhoy.com/vivir/salud/201610/10/cancer-mama-espana-cifras-20161010155304.html>
4. Las mujeres casadas responden mejor al cáncer de mama. [base de datos]. 2014 [Fecha de acceso 28 de abril de 2017]; Barcelona Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2151614/0/cancer-mama-casadas/estado-civil/deteccion-evolucion/#xtor=AD-15&xts=467263>
5. Dammert A. Cáncer en Perú: El 85% de casos se detectan en estadios avanzados. Diario Gestión. Empresa Editora El Comercio S.A. [Fecha de acceso 28 de agosto de 2017]; Disponible en: <http://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casos-se-detectan-estadios-avanzados-2154023> de Google. Redacción gestión/ 05.02.2016 - 05:50 AM
6. EsSalud puede diagnosticar cáncer de mama con 3 años de anticipación. Publicado el 14 Octubre, 2015. [Fecha de acceso 4 de agosto de 2016]; Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-puede-diagnosticar-cancer-de-mama-con-3-anos-de-anticipacion/>
7. Vila C. Aumentan los casos de cáncer en Ica [Base de datos]; Grupo Epena. 4 de Octubre del 2017 - 16:42 » Textos: Correo Ica

- »Fotos: URL disponible en:
<https://diariocorreo.pe/ciudad/aumentan-los-casos-de-cancer-en-ica-779830/>
8. Torrecilla M, Casari L, Rivas J. Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 2016., 8, doi: 10.5872/psiencia/8.3.21. Disponible en:
http://www.psiencia.org/psiencia/8/3/21/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_8-3_Torrecilla-et-al.pdf
 9. Rey R. La calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. La Coruña. España. 2013-2015. [Tesis pre-grado]; Disponible en:
[ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/18462/ReyVillar_Raquel_TD_2017.pdf?...2Tesis Doctoral UDC / Año 2017.](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/18462/ReyVillar_Raquel_TD_2017.pdf?...2Tesis%20Doctoral%20UDC%20-%20A%C3%B1o%202017)
 10. Cruz B, Moreno C, Angarita F. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm. glob.* 2013 Abr [citado de marzo de 2013 20]; 12(30): 294-303: [alrededor de 10 p]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200014&lng=es
 11. Yeladaky R, Hernández F. Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia [Tesis para acreditar la experiencia educativa: experiencia recepcional]. Veracruz. unidad docente multidisciplinaria de ciencias de la salud y trabajo social; 2013. México. Disponible en
<https://scholar.google.com.pe/scholar?espv=2&biw=690&bih=622&bav=on.2,or.&dpr=1&ion=1&um=1&ie=UTF8&lr&q=related:mrjAEkTpD2QQJM:scholar.google.com/>
 12. Ruiz P, Almansa M. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera. España. [Tesis post-grado]; 2012. Disponible en:

scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300003.

- 13.** Mera PC, Ortiz M. La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Rev. méd. [Tesis licenciatura]; Chile. 2012 [citado de marzo de 2013 20]; (3), 69-78: [alrededor de 10 p]. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-
- 14.** Falo C, Villar H, Rodríguez E, Mena M, Font A. Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: La opinión de las pacientes. [Tesis licenciatura]; España. 2011 -2012. Disponible en: <https://riull.ull.es/.../Cancer%20de%20mama%20y%20Calidad%20de%20Vida%20un>.
- 15.** Núñez S. Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria. Albergue Padre Robuscini. Lima. 2014. Disponible en: cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/364/1/Nuñez_ss.pdf.
- 16.** Choque M. Nivel de autoestima y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica. [Tesis licenciatura]; 2017 URL disponible en: [repositorio.upsjb.edu.pe/.../T-TPLE Elena%20Marisela%20Choque%20Crispin.pdf?...](http://repositorio.upsjb.edu.pe/.../T-TPLE Elena%20Marisela%20Choque%20Crispin.pdf?)
- 17.** Tejerina A. El cáncer de mama y la edad de la mujer. Centro de patología de la mama. [Fecha de acceso 19 de noviembre de 2016]; Disponible en: [/el-cáncer-de-mama-y-la-edad-entrevista-a-armando-t...](#)
- 18.** Britt K, Ashworth A, Smalley M. Embarazo y el riesgo de cáncer de mama. 2007; 14(4):907–933.España.
- 19.** Mugerza C. Causas, incidencia y factores de riesgo en el cáncer de mama. [Fecha de acceso 19 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Tz6CW4>

H8YcJ:espaciosaludable.com/factores-de-riesgo-del-cancer-de-mama/+&cd=21&hl=es&ct=clnk&gl=pe

20. Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks H, Tuinstra J, Coyne J. Distress en las parejas que hacen frente al cáncer: Un metanálisis y una revisión crítica del papel y los efectos en el género. *Psychol Bull* 2008; 134:1–30. Doi:10.1037/0033-2909.134.1.1 Universidad de Groningen, Países bajos
21. Butler L, Koopman C, Córdova M, Garlan R, DiMichele S, Spiegel D. La angustia psicológica y el dolor aumentan significativamente antes de la muerte en pacientes con cáncer de mama metastásico. *Psychosom Med* 2003; 65:416-26. Doi: 10.1097/01.PSY.0000041472.77692C6
22. Velarde E. Evaluación de la calidad de vida. México 2002. Vol.44 *Rev. Salud Pública*. URL disponible en: www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf.
23. Sierra L. Bienestar físico: Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GL7YG BvcnWoj:https://prezi.com/hcqas0scu7_6/bienestar-fisico/+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe
24. Náuseas y vómitos relacionados con el tratamiento del cáncer (PDQ®)—Versión para pacientes. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/nauseas/nauseas-pdq>
25. Fatiga. Junta Editorial de Câncer. [Datos on-line]; Net, Disponible en: www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci3n-del-c3ncer/efectos-secundarios/fatiga.
26. Berger A, Abernethy A, Atkinson A, et al.: Fatiga relacionada con el cáncer. *J 8* (8): 904-31, 2010. [PUBMED Abstract]
27. Simeonsson R, Lollar D, Hollowell J, Adams M. Revisi3n de la clasificaci3n internacional de impedimentos y discapacidades. *Cuestiones de desarrollo. J Clin Epidemiol* 2000; 53:113-124.

- 28.** El cáncer no solo afecta al paciente, sus familiares también necesitan apoyo. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MKJlRA0M4AJ:www.aecat.net/2012/09/19/el-cancer-no-solo-afecta-al-paciente-sus-familiares-tambien-necesitanapoyo/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
- 29.** Rebolledo A. Dolor - Salud y Medicina - docslide.es. 2017. Disponible en: <https://docslide.com.br › Health & Medicine>
- 30.** Belén C. Dolor y cáncer. [Datos on-line]; [acceso 4 de diciembre de 2016]. URL disponible en <http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2010030945307/cancer/otros/dolor-y-cancer/>
- 31.** El cambio físico. [Datos de internet]; Disponible en: http://cancer.gencat.cat/es/ciudadans/despres_del_cancer/els_canvis_fisics/
- 32.** Fobair P, Stewart S, Chang S, D'Onofrio C, Banks P, Bloom J. La imagen corporal y los problemas sexuales en las mujeres jóvenes con cáncer de mama. *Psico-oncología*, 15: 579-594. 2006.
- 33.** Barreto P, Pintado M, Giménez J, Quilis M, Asensio I, Fando T, García S, Vázquez C. La imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. 16th SIS World Congress y 29 Congreso Nacional SESPM, 20-22 de Octubre de 2010, Valencia.
- 34.** Fernández A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2): 169-180. 2009.
- 35.** Tristeza y depresión. [Datos on-line]; España. Disponible en: <http://www.curadosdecancer.com/cuidate/cuidatusemociones/tristeza-y-depresion>.
- 36.** Heather T. NANDA International, diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Español. 2010.
- 37.** El estrés psicológico y el cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. EEUU: 2011 [Fecha de acceso 7 de enero de 2017]; Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>

- 38.** Russek S. El cáncer de mama y nuestras emociones negativas. Crecimiento y bienestar emocional. Disponible en: www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/cancer-mama-y-emociones-negativas.ht...
- 39.** Como seguir después del cáncer de mama. Roche. [Fecha de acceso 30 de marzo de 2017]; Disponible en: http://www.roche.com.ar/home/informacion_para_la_salud/entre-nosotras/entre-nosotras-n10/psicooncologia.html
- 40.** Mata García C, López-Espinosa Plaza A. Temor y ansiedad en pacientes sometidos a radioterapia. Enfermería Docente. 2012 [acceso 5 de mayo de 2015]; 96: 12-15. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-96-05.pdf>
- 41.** Pena B. La medición del Bienestar Social: una revisión crítica. 2009. Valladolid. España. Págs. 299-324 2009: 1-26 • Vol. 27-2
- 42.** Oblitas LA. Psicología de la salud y calidad de vida. 2 ed. México: Thomson Editores; 2006
- 43.** Araújo M. Actuación de la familia frente al proceso salud-enfermedad de un familiar con cáncer de mama. Revista Brasileña de Enfermería. Revista Brasileira Enfermagem [Internet] 2004 [acceso 4 febrero 2015]; 57(3): [274-278]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000300003&lang=pt
- 44.** Machado L. La familia cuidando al ser humano con cáncer y sentido a la experiencia. Revista Brasileña de Enfermería [Internet] 2003 [acceso 1 febrero 2015]; 56(2): [133-137]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000200004&lang=pt

- 45.** Orientación sobre los servicios de cáncer: Mejora de los resultados en el cáncer de mama. Instituto Nacional de Excelencia Clínica [sede Web]. Londres; 2002 [Fecha de acceso 16 de abril de 2017]; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/csgbc/evidence/improvingoutcomes-in-breast-cancer-manual-update-2>
- 46.** Dunkel P, Yates W. Apoyo social y cáncer: Hallazgos basados en las entrevistas de los pacientes y sus implicaciones. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98. 1990.
- 47.** Salci M, Silva S. Cambios en las relaciones con los amigos, cónyuge y familia después del diagnóstico de cáncer en la mujer. *Revista Brasileña de Enfermería* [Internet] 2006 [Fecha de acceso 14 de mayo de 2017]; 59 (4): [514-520]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid.=S0034-71672006000400008&lang=pt
- 48.** ¿Qué es el cáncer de mama? [Datos on-line]; [Acceso 28 de junio de 2017]; URL disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama.
- 49.** Conocimientos de Enfermería Oncológica [web] Competencias. [Datos on-line]; Febrero 2010. Disponible en: <http://onconurseblog.wordpress.com/introduccion-2/>
- 50.** Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
- 51.** Mishel M. Reconceptualización de la Teoría de la incertidumbre en enfermedad e Imagen. *Imagen. Diario de la enfermería* 1990; 22(4):256-257.

BIBLIOGRAFIA

- Araujo M. Actuación de la familia frente al proceso salud-enfermedad de un familiar con cáncer de mama. *Revista Brasileña de Enfermería. Revista Brasileira Enfermagem* 2004 [acceso 4 febrero 2015]; 57(3): [274-278].
- Barreto P, Pintado M, Giménez J, Quilis M, Asensio I, Fando T, García S, Vázquez C. La imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. 16th SIS World Congress y 29 Congreso Nacional SESPM, 20-22 de octubre de 2010, Valencia.
- Berger A, Abernethy A, Atkinson A, et al.: Fatiga relacionada con el cáncer. *J 8 (8): 904-31, 2010.*
- Butler L, Koopman C, Cordova M, Garlan R, DiMiceli S, Spiegel D. La angustia psicológica y el dolor aumentan significativamente antes de la muerte en pacientes con cáncer de mama metastásico. *Psychosom Med* 2003; 65:416-26. Doi: 10.1097/01.PSY.0000041472.77692C6
- Cruz B, Moreno C, Angarita F. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm. glob.* 2013 Abr [citado de marzo de 2013 20]; 12(30): 294-303: [alrededor de 10 p].
- Dunkel P, Yates W. Apoyo social y cáncer: Hallazgos basados en las entrevistas de los pacientes y sus implicaciones. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98. 1990.
- Fernández A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2): 169-180. 2009
- Fobair P, Stewart S, Chang S, D'Onofrio C, Banks P, Bloom J. La imagen corporal y los problemas sexuales en las mujeres jóvenes con cáncer de mama. *Psico-oncología*, 15: 579-594. 2006.

- Heather T. NANDA International, diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Español. 2010.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México, 2006. 849 páginas.
- Machado L. La familia cuidando al ser humano con cáncer y sentido a la experiencia. Revista Brasileña de Enfermería [Internet] 2003 [acceso 1 febrero 2015]; 56(2): [133-137].
- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
- Mishel M. Reconceptualización de la Teoría de la incertidumbre en enfermedad e Imagen. Imagen. Diario de la enfermería 1990; 22(4):256-257.
- Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. 2 ed. México: Thomson Editores; 2006
- Torrecilla M, Casari L, Rivas J. Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica 2016.
- Velarde E. Evaluación de la calidad de vida. México 2002. Vol.44 Rev. Salud Pública.

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Son el conjunto de características presentes en la población sujeta a estudio tomando aquellas que pueden ser medibles.	Son todos aquellos rasgos que presentan las mujeres que presentan cáncer de mama y que reciben tratamiento oncológico, los cuales serán medidos a través de la aplicación de una encuesta y tomará como valores finales, predominantes, poco predominantes.	Individuales	Edad. N° de hijos. Sexo. Grado de instrucción. Antecedentes familiares. Raza. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

VARIABLE 2	DEF. CONCEP.	DEF. OPERAC.	DIMENSIONES	INDICADORES
CALIDAD DE VIDA	Se le designa a las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción.	Son todas aquellas condiciones de las mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico y serán medidas aplicando el test funcional living index cáncer (flic) y tendrá como valor final buena, regular y mala.	<p data-bbox="1289 527 1530 560">Dimensión física</p> <p data-bbox="1289 1144 1457 1222">Dimensión psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de nauseas • Apariencia general • Suficiente energía • Interferencia en las actividades diarias por dolor. • Carga personal por la enfermedad. • Realización de tareas habituales • Frecuencia de nauseas • Incomodidad por dolor debido al cáncer • Aspecto físico. • ❖ Sentimientos de tristeza ❖ Manejo del estrés. ❖ Pensamientos sobre la enfermedad ❖ Carga para los familiares cercanos ❖ Descontento con la vida ❖ Incomodidad ❖ Miedo por el futuro

			Dimensión social	<ul style="list-style-type: none">❖ Confianza en el tratamiento.➤ Capacidad en las actividades diarias➤ Satisfacción con el trabajo y tareas en el hogar.➤ Interferencia en los asuntos con los más cercanos.➤ Pasar el tiempo con sus familiares cercanos➤ Pasar el tiempo con amigos.
--	--	--	------------------	--

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada Sra. (ita) Buenos días/ tardes, mi nombre es Magaly Centeno Bachiller de la Universidad Privada San Juan Bautista de la Escuela de enfermería y vengo a solicitarle su colaboración para el desarrollo de trabajo de investigación titulado: **Características demográficas y Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima Agosto 2017.**

Se le agradece anticipadamente su colaboración ya que es muy importante conocer su respuesta teniendo en cuenta que el cuestionario es totalmente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo de las preguntas que se le presenta.

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS DIMENSIÓN INDIVIDUALES

1. Edad:

- a) Menor de 35 años
- b) 35 -55 años
- c) Mayor de 56 años

2. Número de hijos

- a) Ninguno
- b) 1
- c) 2
- d) De 3 a más

3. Sexo:

- a) M
- b) F

4. Grado de Instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

5. Ha tenido familiares cercanos con Cáncer (mamá, tía, abuela)

- a) Si
- b) No

6. Raza

- a) Mestiza
- b) Blanca
- c) Morena

7. Tiempo del diagnóstico de la enfermedad:

- a) Menor de 1 año
- b) 1- 3 años
- c) Más de 3 años

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA (FUNCTIONAL
LIVING INDEX CANCER) (FLIC)**

DIMENSIÓN FÍSICA

- 1. ¿Las náuseas le han afectado su actividad diaria?**
 - a) Nada
 - b) Mucho
- 2. ¿Qué tal se encuentra hoy?**
 - a) Muy mal
 - b) Muy bien
- 3. ¿Se siente hoy lo bastante bien como para preparar la comida o alguna pequeña actividad que requiera algún esfuerzo físico?**
 - a) Muy capaz
 - b) Incapaz
- 4. ¿Cuánto interfieren el dolor o la incomodidad en sus actividades diarias?**
 - a) Nada
 - b) Mucho
- 5. Indique en qué medida su cáncer ha supuesto una carga para usted (personalmente) durante las dos últimas semanas.**
 - a) Tremenda
 - b) Ninguna
- 6. Cuántas de sus tareas caseras habituales puede hacer?**
 - a) Todas
 - b) Ninguna
- 7. Cuántas náuseas ha tenido las dos últimas semanas?**
 - a) Ninguna
 - b) Muchas

- 8. ¿Cuánto dolor o incomodidad durante las dos últimas semanas estuvieron relacionadas con su cáncer?**
- a) Ninguno
 - b) Todo
- 9. ¿Qué aspecto tiene hoy?**
- a) Muy malo
 - b) Muy bueno

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

- 10. La mayoría de la gente experimenta a veces sentimientos de depresión. Indique ¿con qué frecuencia los nota usted?**
- a) Nunca
 - b) Continuamente
- 11. ¿Qué tal maneja su estrés diario?**
- a) Mal
 - b) Bien
- 12. ¿Cuánto tiempo pasa pensando en su enfermedad?**
- a) Continuamente
 - b) Nunca
- 13. ¿Indique ¿En qué medida su cáncer ha supuesto una carga para los más cercanos a usted durante las dos últimas semanas?**
- a) Ninguna
 - b) Tremenda
- 14. Indique ¿Con qué frecuencia se siente descontento con su vida?**
- a) Siempre
 - b) Nunca
- 15. ¿Se siente muy incómodo hoy?**
- a) Nada
 - b) Mucho

16. Indique ¿En qué medida le asusta el futuro?

- a) Constante
- b) Sin miedo

17. Indique la confianza que tiene en su tratamiento.

- a) Ninguna
- b) Mucha

DIMENSIÓN SOCIAL

18. Indique su capacidad para mantener sus actividades normales

- a) Capaz
- b) Incapaz

19. Valore el grado de satisfacción con su trabajo y las tareas de la casa durante el último mes.

- a) Insatisfactorio
- b) Muy satisfactorio

20. Indique en qué medida su cáncer ha interferido con los asuntos de los familiares cercanos a usted durante las dos últimas semanas.

- a) Mucho
- b) Nada

21. Indique en qué medida ha estado dispuesto a ver a los más cercanos a usted (familiares) y pasar tiempo con ellos durante las dos últimas semanas.

- a) Nada
- b) Mucho

22. Indique en qué medida ha estado dispuesto a ver a sus amigos y pasar tiempo con ellos durante las dos últimas semanas.

- a) Nada
- b) Mucho

ANEXO 3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar	1	1	1	1	1	0.031
3. Las preguntas planteadas miden al problema planteado	1	1	1	1	1	0.031
4. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	1	1	1	1	1	0.031
5. Los términos utilizados son comprensibles	1	1	1	1	1	0.031
6. Las preguntas son claras	1	1	1	1	1	0.031
7. El número de preguntas es adecuado	1	1	1	1	1	0.031

$$P = \frac{\sum p}{N^{\circ} \text{ de items}} = 0.217/7 = 0,031$$

P= 0.217/7

P = 0.031

P < 0.05

El grado de concordancia es significativo por lo tanto el instrumento es válido.

ANEXO 4

TABLA DE CÓDIGO DE DATOS DE RESPUESTAS.

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS	ITEMS
EDAD	
Menor de 35 años	1
35-55 años.	2
Mayor de 56 años	3
NÚMERO DE HIJOS	
Ninguno	1
1	2
2	3
De 3 a más	4
SEXO	
Masculino	1
Femenino	2
GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Primaria	1
Secundaria	2
Superior	3
HA TENIDO FAMILIARES CERCANOS CON CANCER (mamá,tia,abuela)	
Si	1
No	2
RAZA	
Mestiza	1
Blanca	2
Morena	3
TIEMPO DE DX DE ENFERMEDAD	
Menor de 1 año	1
1-3 años	2
Más de 3 años	3

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO	
A	B
2	1

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE ALFA DE CRONBACH DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

S_i^2 : La suma de la varianza de cada ítem.

S_t^2 : La varianza del total

K : El número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{22}{22-1} \left(1 - \frac{8.30}{20.50} \right)$$

(1,04) (1- 0,40)

(1,04) (0,60)

Alfa de Cronbach: 0,60

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto, el instrumento es medianamente confiable.

ANEXO 6

TABLA MATRIZ DE LA PRIMERA VARIABLE

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS							
DIMENSIÓN INDIVIDUALES							
N°	1	2	3	4	5	6	7
1	1	4	2	3	2	1	1
2	2	4	2	1	1	1	2
3	2	1	1	3	1	2	1
4	1	2	2	1	2	1	2
5	3	2	2	3	2	1	1
6	3	1	2	3	1	1	3
7	1	2	2	3	1	1	1
8	2	2	2	1	1	1	3
9	3	2	2	3	1	1	1
10	1	1	2	1	2	1	1
11	2	4	2	2	2	1	1
12	2	4	2	2	1	1	1
13	1	1	2	3	1	1	1
14	3	4	2	1	1	1	1
15	2	1	2	2	1	1	1
16	2	4	2	2	2	1	2
17	2	4	2	1	2	1	2
18	3	3	2	2	2	1	2

19	3	1	2	3	1	1	2
20	2	3	2	1	1	1	2
21	2	3	2	2	2	1	2
22	2	2	2	1	2	1	2
23	2	2	2	2	1	1	2
24	3	2	2	2	2	1	2
25	2	2	2	2	1	1	2
26	2	3	2	2	2	1	2
27	2	3	2	2	1	1	2
28	2	2	2	2	2	1	2
29	2	2	2	2	1	1	2
30	2	2	2	2	2	1	2
31	2	3	2	2	1	1	2
32	2	3	2	2	2	1	2
33	2	2	2	2	1	1	2
34	3	2	2	3	1	1	2
35	3	2	2	2	1	1	2
36	2	2	2	2	1	1	2
37	2	2	2	2	1	1	2
38	2	3	2	2	1	1	2
39	2	3	2	2	1	1	2
40	2	3	2	2	1	1	2
41	3	3	2	2	1	1	2
42	2	3	2	3	1	1	2
43	2	3	2	2	1	1	2

TABLA MATRIZ DE LA SEGUNDA VARIABLE

CALIDAD DE VIDA																										
DIMENSIÓN FÍSICA											DIMENSIÓN PSICOLÓGICA									DIMENSIÓN SOCIAL						
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST	10	11	12	13	14	15	16	17	ST	18	19	20	21	22	ST	T
1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	13	1	2	1	1	1	2	1	2	11	1	1	2	1	2	7	31
2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	11	1	1	1	2	2	2	1	1	11	2	2	2	1	1	8	30
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	5	22
4	1	2	2	1	2	1	1	2	1	13	1	2	2	1	2	1	1	1	11	1	2	1	1	2	7	31
5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	10	1	1	1	1	1	1	2	1	9	1	1	1	2	1	6	25
6	1	1	2	1	1	2	2	2	1	13	1	1	1	1	1	2	2	2	11	1	1	2	2	1	7	31
7	2	1	1	2	2	2	1	1	1	13	2	1	1	2	2	2	1	1	12	2	2	2	1	1	8	33
8	1	2	2	2	2	2	2	2	2	17	1	2	2	2	2	2	2	2	15	2	2	2	2	2	10	42
9	1	1	1	2	1	2	2	2	1	13	1	1	1	1	1	2	2	2	11	1	1	2	2	1	7	31
10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	5	24
11	1	2	2	2	1	1	1	2	1	13	1	2	2	2	1	1	1	1	11	2	1	1	2	1	7	31
12	2	1	2	2	2	2	2	2	2	17	2	1	2	2	2	2	2	2	15	2	2	2	2	2	10	42
13	1	1	2	1	1	1	1	1	1	10	1	1	2	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	5	24
14	1	1	1	1	1	2	2	2	2	13	1	1	1	1	2	1	2	2	11	1	1	1	2	2	7	31
15	1	2	2	2	1	1	1	1	2	13	1	2	2	2	1	1	1	1	11	2	1	1	1	2	7	31
16	1	1	1	2	2	1	1	2	2	13	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	1	1	1	2	6	28
17	2	1	1	2	1	2	1	1	2	13	2	1	1	2	1	2	1	2	12	2	1	2	2	2	9	34
18	1	2	1	1	2	1	1	1	1	11	1	2	1	1	2	2	1	1	11	1	2	1	2	2	8	30
19	1	2	1	1	1	1	1	1	1	10	1	2	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	5	24
20	1	1	1	1	2	2	1	1	1	11	1	1	1	1	2	2	1	2	11	1	2	2	1	2	8	30

21	2	2	2	1	1	1	2	1	1	13	2	2	2	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	2	6	30
22	1	2	1	1	1	1	2	2	2	13	1	2	1	1	1	1	2	2	11	1	1	1	2	2	7	31
23	1	1	1	2	1	1	2	1	2	12	1	1	1	2	1	1	2	2	11	2	1	2	2	2	9	32
24	1	2	2	2	2	1	1	1	2	14	1	2	2	2	2	1	2	2	14	2	2	1	1	2	8	36
25	2	1	1	1	1	1	1	2	1	11	2	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	5	25
26	1	2	2	1	1	1	1	1	1	11	1	2	2	1	1	1	1	2	11	1	1	1	1	1	5	27
27	2	1	2	1	1	1	2	1	2	13	2	1	2	1	1	1	2	2	12	1	1	1	2	2	7	32
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	5	22
29	1	2	2	1	1	2	1	1	2	13	1	2	2	1	1	2	1	2	12	1	1	2	1	2	7	32
30	1	1	2	2	2	2	1	1	1	13	1	1	2	2	2	2	1	1	12	2	2	2	1	1	8	33
31	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	5	24
32	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	5	24
33	1	2	2	2	2	2	2	2	1	16	1	2	2	2	2	2	2	1	14	2	2	2	2	1	9	39
34	2	1	1	2	2	1	1	2	2	14	2	1	1	2	2	1	1	2	12	2	2	1	1	2	8	34
35	1	1	1	1	2	2	2	2	1	13	1	1	1	1	2	2	2	1	11	1	2	2	2	1	8	32
36	1	2	2	1	1	2	2	1	1	13	1	2	2	1	1	1	1	2	11	1	1	1	1	2	6	30
37	2	1	1	1	1	1	1	1	2	11	2	1	1	1	1	1	2	2	11	1	1	1	1	2	6	28
38	1	2	1	2	2	1	1	1	2	13	1	2	1	2	2	1	1	1	11	2	2	1	1	1	7	31
39	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	5	24
40	2	2	2	1	1	1	1	1	2	13	2	2	2	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	2	6	30
41	1	1	2	2	1	2	2	1	1	13	1	1	2	2	1	1	2	1	11	2	1	1	1	2	7	31
42	1	1	2	1	2	2	2	2	2	15	1	1	2	1	2	2	2	2	13	2	2	2	2	2	10	38
43	1	1	1	1	1	1	1	2	2	11	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	1	1	2	2	7	27

ANEXO 7
TABLAS DE FRECUENCIAS
TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON CÁNCER
DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL
NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.

Edad	PREDOMINANTES		POCO PREDOMINANTES	
	F	%	F	%
Menor de 35 años	-	-	5	12
35-55 años	28	65	-	-
Mayor de 56 años	-	-	10	23
Número de hijos				
Ninguno	-	-	6	14
1	17	40	-	-
2	13	30	-	-
De 3 a más	-	-	7	16
Sexo				
Masculino	-	-	1	2
Femenino	42	98	-	-
Grado de instrucción				
Primaria	-	-	8	19
Secundaria	25	58	-	-
Superior	-	-	10	23
Ha tenido familiares cercanos con cáncer (mamá, tía, abuela)				
Si	28	65	-	-
No	-	-	15	35
Raza				
Mestiza	42	98	-	-
Blanca	-	-	1	2
Morena	-	-	-	-
Tiempo del dx de enfermedad				
Menor de 1 año	-	-	11	26
1-3 años	30	70	-	-
Más de 3 años	-	-	2	4
	43		100%	

TABLA 2
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.

FÍSICA	Fr	%
BUENA (16-18 pts.)	3	7
REGULAR (13-15 pts.)	23	53
MALA (9-12 pts.)	17	40
TOTAL	43	100%

TABLA 3
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO
ONCOLÓGICO HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.

PSICOLÓGICA	Fr	%
BUENA (14-16 pts.)	4	9
REGULAR (11-13 pts.)	27	63
MALA (8-10 pts.)	12	28
TOTAL	43	100%

TABLA 4
CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.

SOCIAL	Fr	%
BUENA (9-10 pts.)	5	12
REGULAR (7-8 pts.)	21	48
MALA (5-6 pts.)	17	40
TOTAL	43	100%

TABLA 5
CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE
MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA DE LIMA
AGOSTO 2017.

GLOBAL	Fr	%
BUENA (38-44 pts.)	4	9
REGULAR (30-37 pts.)	25	58
MALA (22-29 pts.)	14	33
TOTAL	43	100%