



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS LEÓN
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SEDE
GUANAJUATO

**Calidad de Vida Socioemocional en las Mujeres Mastectomizadas: Un
Estudio Exploratorio.**

Trabajo de investigación para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Por:

Diana Erendira Gómez Esquivel

Director de Tesis:
DCE. Lucia Caudillo Ortega

Marzo 2017

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido vivir la experiencia de estudiar una profesión y de haberla concluido con satisfacción.

A mis abuelos que creyeron en mí y quienes siempre me inculcaron el estudio y hoy son testigos de mi logro, desde allá arriba.

Con admiración a mi tío Enrique el que me impulsa a ser siempre mejor, porque siempre creyó en mí y su apoyo fue incondicional.

A mi mamá que nunca me soltó la mano y estuvo conmigo en los momentos más difíciles, por todo su esfuerzo.

A cada uno de mis tías, tíos, primas y primos por el apoyo brindado.

A mis amigas Zu, Lupi y Fa que nunca me dejaron sola.

A mi maestra de tesis, por haber abordado esta aventura a mi lado.

Porque sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

¡Muchas Gracias!

Diana Erendira Gómez Esquivel

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lucia Caudillo Ortega directora de esta investigación, por su tiempo y apoyo incondicional.

Al Dr. Benigno encargado del departamento de enseñanza del hospital materno Infantil, por creer en el proyecto y apoyo.

Al personal del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Irapuato, por las facilidades brindadas, médicos, psicología, trabajo social, enfermería, personal administrativo. Yuri, Chío, Pame.

A todo el cuerpo docente del Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, por los conocimientos transmitidos.

A cada una de las mujeres que formaron parte del proyecto, y se tomaron el tiempo de contestar.

A mí, por nunca rendirme.

Diana Erendira Gómez Esquivel

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	8
Introducción.....	8
Marco Conceptual.....	13
Definición de Términos.....	30
Justificación.....	31
Objetivo General.....	34
Objetivos Específicos.....	34
Capitulo II	35
Metodología.....	35
Diseño de Estudio.....	35
Participantes.....	35
Criterios de inclusión.....	35
Criterios de eliminación.....	35
Muestreo.....	35
Variables o categorías.....	35
Descripción de los instrumentos.....	36
Procedimiento para la recolección de datos.....	37
Recursos.....	38
Consideraciones éticas.....	38
Capitulo III	40
Resultados.....	40
Discusión.....	46
Conclusiones.....	48
Limitaciones.....	49
Recomendaciones.....	49
Referencias	51
Anexos	57
Anexo 1 Cedula de datos.....	58

Anexo 2 Escala FACT-B (Version 4).....	60
Anexo 3 Consentimiento Informado	63
Anexo 4 Abreviaturas.....	65

Índice de tablas

Tabla 1.-Características Sociodemográficas.....	42
Tabla 2.-Características de la Enfermedad.....	44
Tabla 3.- Evaluación de dimensiones.....	46

RESUMEN

Diana Erendira Gómez Esquivel
Universidad de Guanajuato

Fecha de Graduación: Marzo 2017

Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato

Título del Estudio: CALIDAD DE VIDA SOCIOEMOCIONAL EN LAS MUJERES
MASTECTOMIZADAS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Número de páginas:65

El cáncer de mama es el principal cáncer que afecta a las mujeres, sobre todo en los países en vías de desarrollo, los índices de mortalidad y morbilidad están en aumento por todo el mundo, en México es la principal causa de mortalidad en la mujer; son muchos los tratamientos con los que se cuenta hoy en día para hacer frente a esta enfermedad, siendo las características del tumor los que lo limitan, uno de los más empleados es, la mastectomía, tratamiento que pone a la mujer en una confrontación con su sexualidad, ya que para ella la mama es signo de feminidad, que al ser extirpada ocasiona una alteración con su calidad de vida, tanto social como emocional, desencadenando estados depresivos y de ansiedad, sumando a eso un tratamiento coadyuvante en la mayoría de los casos quimioterapia o radioterapia, los que causan cambios muy significativos en el cuerpo de la mujer, es la terapia psicológica el método a emplear para que la mujer logre una afrontación adecuada, actualmente son pocos los estudios que se centran en relaciona al tema. Es por ello que el presente estudio tuvo como objetivo describir la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas del Hospital Materno Infantil de Irapuato. La muestra estuvo constituida por 13 pacientes, mastectomizadas de enero 2016 a enero 2017, citadas por medio de llamada telefónica para la aplicación de los instrumentos, con previo consentimiento informado, los instrumentos fueron, una cedula de datos sociodemográficos y en relación con la enfermedad y la escala FACT-B (versión 4), obteniendo que las mujeres cursan una calidad de vida social buena, y una calidad de vida emocional regular; así mismo se realizaron las pruebas de correlación Pearson no encontrando relación alguna entre las variables.

Las mujeres presentaron una buena calidad de vida social debido al refuerzo de las redes de apoyo, que la terapia psicológica trabaja, por otro lado el estado emocional se consideró regular, dado que la mujer no tiene un conocimiento sólido del proceso al que se enfrenta por el tratamiento, desencadenando emociones negativas, la falta de correlación por las variables se atribuye al número inferior de la muestra utilizada para este estudio.

Capítulo I

Introducción

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 se reportaron 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Los tipos de cánceres diagnosticados con mayor frecuencia fueron en el hombre, los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado, mientras que en la mujer el de mama colon, recto, pulmón, cuello uterino y estómago. A nivel mundial el cáncer de mama es el de mayor prevalencia en las mujeres, así mismo el número de nuevos casos se incrementa principalmente en países en desarrollo (OMS 2016), es preciso señalar que la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas, lo que disminuye las probabilidades de curación, esto por la adopción de nuevas formas de vida (sedentarias y estresantes), la urbanización y una esperanza de vida más elevada.

En América Latina y el Caribe según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016), el cáncer de mama se reporta como el más frecuente en las mujeres, tanto en incidencia como en mortalidad. En el 2012 se reportaron más de 408 000 casos nuevos de cáncer de mama y 92 000 muertes. Es importante señalar que el porcentaje de muertes por cáncer de mama en mujeres menores de 65 años es más alta en esta región con 57%. Se estima que el 29% de casos de cáncer a nivel mundial se presentan en esta región; en una proyección para el año 2030 se estipulan más de 596 000 casos nuevos y más de 142 100 muertes (OPS, 2014).

En México el Instituto de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2015) refiere que durante 2013, el cáncer de mama fue la primer causa de mortalidad con un 18,7 % en la población mexicana mayor de 20 años, es decir tres de cada diez mujeres presentan esta enfermedad. Así mismo en algunos estados la incidencia de cáncer de mama en mujeres de 20 y más años es superior a la nacional 28.9 %. En el 2014, se observó un aumento en los casos nuevos de

tumores malignos de mama asociado al incremento de la edad de la mujer, situación semejante con la mortalidad. (INEGI 2015).

Referente al estado de Guanajuato la Secretaria de salud (Dirección General en Información en Salud [DGISI] 2014), estipula que durante el 2013 la tasa de mortalidad de cáncer de mama fue de 17.61%.

Entre los tratamientos actuales para el cáncer de mama se encuentran el farmacéutico y el quirúrgico. En lo farmacéutico se encuentra la quimioterapia con fármacos anticancerígenos, la terapia endocrina, así como la radioterapia; en lo quirúrgico se realiza la escisión completa del tumor o una mastectomía conservadora o radical, sin embargo son las características del tumor las que limitan el tratamiento que cada paciente requiere, haciendo uso de uno o dos métodos anticancerígenos. (Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención, 2009). La extirpación del tumor es lo más recomendable y algunos factores como el tipo de tumor, el nivel de avance determinaran el uso de la quimioterapia o radioterapia en conjunto.

Según reportes del Instituto Nacional del cáncer de Estados Unidos (NIH, 2016) la tasa relativa de supervivencia a 5 años para las mujeres con cáncer de seno en etapa 0 o etapa I es casi 100%. Para las mujeres con cáncer de seno en etapa II, la tasa relativa de supervivencia a 5 años es alrededor de 93%. La tasa relativa de supervivencia a 5 años para los cánceres de mama en etapa III es aproximadamente 72%.

Los cánceres de seno que se han propagado a otras partes del cuerpo son más difíciles de tratar y suelen tener un pronóstico menos favorable, los cánceres de seno metastásicos o en etapa IV, tienen una tasa relativa de supervivencia a 5 años de aproximadamente 22%, aun así, a menudo hay muchas opciones de tratamiento para las mujeres con esta etapa del cáncer de mama.

Actualmente las cifras de supervivencia de esta enfermedad son distintas en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008). En estados Unidos datos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS, 2012)

estima la supervivencia según el estadio, donde el 96 % es para aquellas mujeres diagnosticadas en el estadio I, el 83 % estadios II y II y un 26 % para estadio IV.

Flores et al (2008), en un estudio realizado en México, encontraron que las mujeres con estadio clínico I presentaron la mayor supervivencia (82%), seguidas por aquellas con estadios II (70.4%), IIA 67.2 %, III 45.5 y al final aquellas con estadio IV 15%.

Es importante señalar que el tratamiento en las mujeres suelen tener efectos en su vida en todas las áreas, sin embargo de acuerdo a la literatura indagada los efectos más devastadores se dan principalmente en aquellas mujeres que tuvieron un tratamiento quirúrgico, dado que someterse a una mastectomía es una confrontación con su sexualidad porque las mamas representan un signo de sexualidad femenina y las mujeres sienten perder su símbolo de feminidad, implicando así una amenaza a su integridad. (Pierre & Saborío, 2005). Borbon y Beato en el 2002, consideraron la pérdida de una mama como una mutilación para el cuerpo de la mujer, por lo tanto las consecuencias a nivel psicológico repercuten de forma drástica en el autoimagen, constituyendo una deformidad importante sobre su cuerpo, teniendo como consecuencia un incremento en el número de problemas psicológicos y sociales que afectan la calidad de vida de la mujer.

Entre los problemas psicológicos más destacados se encuentran sentimientos de ansiedad, aflicción, temor entre otros (Ashing. K. Padilla G., Tejero J., Wrinhgt K., Coscarelli A. & Hills D., 2004). Así mismo Pierre y Saborio (2005), indican que tras la cirugía la mujer tiende a aislarse produciendo alteraciones psicológicas significativas como insomnio, irritabilidad, ansiedad elevada, quejas hipocondriacas, ideas obsesivas y estados depresivos, limitando su calidad de vida, entendiendo como calidad de vida según la OMS (2005), como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes, que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Es importante señalar que los tratamientos para la erradicación del cáncer afectan significativamente la calidad de vida emocional de la mujer, dado que al extirparse la mama ocurre una disminución de la autoestima, generando sentimientos de inseguridad, conduciendo a un profundo proceso de represión psicológica y sexual, así como de inhibición (Fernández, 2004), por lo que la mujer realizará un proceso de duelo. Así mismo las mujeres con cáncer de mama tienen un impacto importante en su estilo de vida que compromete sus efectos cogniciones, conductas, creencias, valores, independencia, atractivo físico y roles sociales (Plaza & Nieves, 2013)

La pérdida de una mama no solo implica la pérdida física sino, pérdidas secundarias que involucran cambios en roles familiares y sociales, identidad, funciones y metas futuras, la pérdida de la independencia, autoestima, autoconfianza, sensación de inseguridad en el mundo, como atractivo sexual y con su pareja. (Plaza, 2006), además habrá quienes experimenten la presencia del linfedema, lo que les causará limitaciones al movimiento y función del brazo, así como también abandono por parte de sus familiares quienes retiran el apoyo al final del proceso.

Así las experiencias por el proceso de tratamiento pueden llegar a afectar su estado psicológico de manera importante, dado que limitan a la mujer en su calidad de vida; sin embargo estas alteraciones psicológicas no han sido consideradas relevantes en las mujeres, pero se ha documentado que tienen influencia en la aparición de diversas alteraciones en los distintos sistemas y aparatos del organismo, entre los que se encuentran disturbios digestivos, úlceras, disrritmia cardiaca, problemas hepáticos, infecciones, alergias, descontrol en la presión arterial entre otros, esto debido por una disminución de autodefensas del organismo, ya que el estado emocional interfiere directamente con el sistema inmunitario, causando una susceptibilidad a los ataques microbianos y así presentar complicaciones (Celis & Gordillo 2006); además Claro (2008) refiere que el aspecto físico se ve dañado, porque el estado emocional alterado puede causar apatía, causando indiferencia así como falta de energía, desatendiendo su higiene y vestimenta.

Es por ello que se debe de considerar en las mujeres mastectomizadas en tratamiento o post tratamiento al cáncer de mama la calidad de vida socio-emocional; Son muchos los conceptos que enuncian la calidad de vida, (Ferrans, 1990), la define como, el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella, Lawton en 2001, la define como una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo, mientras que Perales (2008), la conceptualiza como una evaluación subjetiva de la vida entendida como todo; así con base a estos conceptos la calidad de vida socioemocional para este documento será entendida como la percepción que la persona tiene sobre la satisfacción de sus relaciones interpersonales con la familia, amigos, pareja así como del apoyo proveniente de los mismos; con su estado de ánimo, satisfacción personal preocupaciones.

. La mujer se enfrenta a una situación compleja tras las secuelas psicológicas y familiares por los tratamientos médicos, viviendo un proceso psicológico adaptativo, por ello resulta imprescindible la búsqueda de ayuda que le facilite la adaptación Rojas (2006). Las intervenciones coadyuvantes al manejo y resolución de los distintos problemas a los que la mujer se enfrenta, fomentando estrategias para estilos de afrontamiento activos que la conlleven a facilitar el proceso de retorno a sus actividades cotidianas, de esta manera la mujer tendrá una adaptación eficiente tanto física, psicológica y social. Son Yelamos & Fernández en 2011, quienes consideran la terapia psicológica, como la herramienta enfocada a aliviar los trastornos psicológicos y/o alteraciones cognitivas conductuales y emocionales, además de que apoya a la adaptación tras su situación, favoreciendo así un nivel óptimo de calidad de vida que las circunstancias les permitan.

La restauración y la preservación del equilibrio emocional, la superación de la inseguridad en la familia y en el ámbito social, de recobrar la relación con la pareja, el desempeño en el rol que desempeña en la familia, el retorno a la posición laboral, las relaciones sociales efectivas, y el compromiso de apego al

proceso terapéutico y/o de rehabilitación, como las metas de la terapia psicológica, por ello las mujeres que hacen uso de la terapia psicológica incrementan de esta manera las habilidades de afrontamiento positivo, autocuidado, reduciendo así el malestar psicológico Sosa (2004)..

Así el estudiar la calidad de vida socioemocional de la mujer mastectomizada con tratamiento o post tratamiento al cáncer de mama contribuirá a que los profesionales de la salud conozcan aquellos factores vinculados con estos y desarrollar intervenciones efectivas que ayuden a incrementar mejorar la forma en la que viven y enfrentan las situaciones de vida en las mujeres, así mismo a la contribución para la enseñanza de nuevas herramientas, métodos adaptativos para mejorar la satisfacción con la vida para la mujer mastectomizada con tratamiento o pos tratamiento por cáncer de mama y ayudar a alcanzar una mejor salud física, emocional y social de las pacientes. Teniendo como propósito conocer la calidad de vida socioemocional de las mujeres mastectomizadas, que reciben apoyo psicológico.

Marco Conceptual

A continuación se analizan los conceptos de cáncer de mama y calidad de vida socioemocional que dan sustento teórico para el desarrollo del presente trabajo.

En la antigüedad, las enfermedades eran atribuidas a los dioses quienes designaban quienes debían de cursar por alguna enfermedad, bajo la creencia de que debían de pagar por sus acciones; el cáncer es una patología que desde tiempos remotos se ha hecho presente en el ser humano, vestigios estudiados bajo la técnica de carbono 14, a través de las ciencias hoy dedicadas a este estudio como lo son la arqueología y la paleontología han descubierto en diversas culturas, restos óseos humanos afectados por el cáncer.

El origen de la palabra cáncer (Karkinos), se le adjudica a Hipócrates, carcinos, por su nombre en latín, cáncer o cangrejo, es un cangrejo gigante que habitaba en la mitología griega en la laguna eterna, así Hipócrates utilizó este

término para hacer referencia a su aspecto clínico, con tumores que se ulceran y tiene proyecciones o extensiones hacia los tejidos vecinos. Celsus (28-50 a. C.) traduce el término de “Karkinos” a cáncer. Galeno (130-200 a. C.) utiliza el término “oncos” para señalar su capacidad de “hincharse”, término del que por cierto se deriva la denominación de “Oncología. La presencia del cáncer en el organismo en la antigüedad se remota a lo dicho por Stahl (1659-1734) y Hofman (1660-1742) quienes afirmaban que el cáncer era el resultado de la fermentación y degeneración de la linfa.” (De la Garza. & Juárez, 2014).

Hoy en día se sabe que el cáncer es una reproducción descontrolada de las células. Sociedad Americana contra el cáncer (ACS, 2016). Para Instituto Nacional de cáncer de los Estados Unidos (NIH, 2016), el cáncer lo considera como un conjunto de enfermedades relacionadas. Donde las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. Para la OMS (2016). El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo.

El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células, normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita, cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan. En el cáncer, este proceso ordenado se descontrola, a medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores.

Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir. Además, al crecer estos tumores, algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original. Hay más de 100 tipos de cáncer, en general el del nombre de los órganos, mama, colon, pulmón, piel, estomago

etc., o incluso en la sangre. Los cánceres son similares en algunos aspectos, pero son diferentes en sus formas de crecer y extenderse. (NIH, 2016).

El cáncer de mama, se inicia cuando las células del seno comienzan a crecer fuera de control, desde diferentes partes de la mama en su mayoría estos comienzan en los conductos que llevan leche al pezón (cánceres ductales) Algunos más comienzan en las glándulas que producen la leche materna, (canceres lobular). La mayoría de los cánceres de mama son adenocarcinomas, un tipo de *carcinomas*, un tipo de cáncer que comienza en las células (células epiteliales) que los órganos de línea y tejidos

Tipos de cáncer de mama

Son distintos tipos de cáncer de mama que la Sociedad Americana del Cancer (ACS, 2016), los ha clasificado por la parte que afectan.

- **El carcinoma ductal in situ: (DCIS).** También conocida como *carcinoma intraductal*) se considera no invasiva o cáncer de mama pre-invasiva. Donde las células que se alineaban en los conductos han cambiado para parecerse a las células cancerosas, sin llegar a la metástasis.
- **Invasivo (o infiltrante) El carcinoma ductal:** Este es el tipo más común de cáncer de mama. Invasivo (o infiltrante), el carcinoma ductal (IDC) se inicia en un conducto de leche de la mama, se rompe a través de la pared del conducto, y crece en el tejido adiposo de la mama desde donde puede iniciar con la metástasis.
- **Invasivo (o infiltrante) El carcinoma lobular:** Carcinoma lobular invasivo (CDI) que comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos), puede llegar a la metástasis

Los menos comunes:

- **Cáncer de mama inflamatorio:** En este tipo de cáncer no se presenta una masa o tumor, sin embargo hace que la piel de la mama mira rojo y se siente caliente puede dar a la piel una apariencia gruesa de mama, tiene una mayor probabilidad de metastasis y un peor pronóstico.
- **La enfermedad de Paget del pezón:** Este tipo de cáncer de mama comienza en los conductos de la mama y se extiende a la piel del pezón y

la areola a continuación, se asocia casi siempre con cualquiera de carcinoma ductal in situ (DCIS) o carcinoma ductal infiltrante.

- **Tumor filoides:** Este tumor de mama muy raro desarrolla en el estroma (tejido conectivo) de la mama.
- **Angiosarcoma:** Esta forma de cáncer se origina en las células que revisten los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos, rara vez se desarrolla en los senos.
- Hay algunos tipos especiales de cáncer de mama que son subtipos de carcinoma invasivo. Estos a menudo tienen nombres de características que se observan cuando se observan bajo el microscopio, al igual que las formas se disponen las células.
- carcinoma quístico (o adenoquístico) adenoide
- El carcinoma adenoescamosa de bajo grado (esto es un tipo de carcinoma metaplásico)
- El carcinoma medular
- Mucinoso (o coloide) carcinoma
- El carcinoma papilar
- El carcinoma tubular
- El carcinoma metaplásico (la mayoría de los tipos, incluyendo células fusiformes y de células escamosas)
- El carcinoma micropapilar
- El carcinoma mixto (tiene características tanto ductal invasivo y lobular).

Estadios

El cáncer pasa por una estadificación tras su comportamiento, así la etapa de un cáncer ayuda a determinar la gravedad y mejora la forma de tratarlo, donde más alto sea el número de la etapa por la cursa, más alto es el avance. (ACS, 2016).

Estadio 0: Este es el carcinoma ductal in situ (*DCIS*), la forma más temprana del cáncer de mama, donde las células cancerosas son todavía dentro de un conducto y no han invadido más profundamente en el tejido mamario graso circundante.

Estadio IA: Donde el tumor es de 2 y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos, ni a sitios distantes.

Estadio IB: El tumor es de 2 cm o menos de ancho con micro metástasis en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares, pero no llega a la metástasis.

Estadio IIA: Donde el tumor es de 2 cm o menos de ancho, se ha propagado a 1 a 3 ganglios linfáticos, y dentro del ganglio linfático mayor de 2 mm de ancho. Sin llegar a la metástasis.

Estadio IIB: El tumor mide más de 2 cm a de 5 o más cm de ancho, se ha propagado a 1 a 3 ganglios linfáticos axilares y / o diminutas cantidades de cáncer se encuentran en los ganglios linfáticos mamarios internos sin metástasis.

Estadio IIIA: El tumor no es más de 5 cm de diámetro, se ha propagado a 4 a 9 o más ganglios linfáticos axilares, o se ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos, pero no se ha propagado a sitios distantes.

Estadio IIIB: El tumor ha crecido en la pared torácica y uno de los siguientes casos:

- No se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- Se ha propagado a 1 a 3 ganglios linfáticos axilares y / o diminutas cantidades de cáncer se encuentran en los ganglios linfáticos mamarios.
- Se ha propagado a 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, o se ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos.
- El cáncer no cursa con metástasis.

Estadio IIIC: El tumor es de cualquier tamaño, o no se puede encontrar, y uno de los siguientes casos:

- El cáncer se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares.
- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos debajo y sobre de la clavícula.
- El cáncer afecta a los ganglios linfáticos axilares y ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos.
- El cáncer se ha diseminado a 4 o más ganglios linfáticos axilares, y pequeñas cantidades de cáncer se encuentran en los ganglios linfáticos mamarios internos.

- El cáncer no se ha diseminado.

Estadio IV: El cáncer puede ser de cualquier tamaño y puede o no puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos cercanos , sin embargo se ha propagado a órganos distantes.

Etiología

Son muchos los factores que intervienen para que una mujer presente cáncer de mama. (Citado en NIH, 2016)

- La edad avanzada es el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama.
- Ser mujer
- Antecedentes familiares.(genes heredados)
- Mutaciones de la línea germinal en los genes *BRCA1* y *BRCA2* y otros genes que predisponen al cáncer de mama.
- Ingesta de alcohol.
- Densidad del tejido mamario (mamográfico).
- Estrógeno (endógeno):
- Antecedentes menstruales (menarquía prematura o menopausia tardía).
- Nuliparidad.
- Edad avanzada en el momento del primer parto.
- Antecedentes de tratamiento hormonal.
- Terapia de remplazo hormonal (TRH) combinada de estrógeno más progesterona.
- Obesidad.
- Antecedentes personales de cáncer de mama.
- Raza.
- Exposición de la mama o el tórax a la radiación.

Factores de riesgo del cáncer de mama en relación al estilo de vida son los que la Sociedad Americana del cáncer, (2016) enuncia:

- Consumo de alcohol
- Sobrepeso u obesidad

- Deficiente actividad física
- No tener hijos
- Uso de anticonceptivos orales
- Terapia hormonal después de la menopausia
- No amamantar
- Dieta rica en grasas, carne roja, procesada, deficiente en frutas y verduras
- Productos químicos del medio ambiente (aquellas sustancias encontradas en plásticos, cosméticos, cuidado de uso personal, pesticidas, bifenilos policlorados)
- Humo del tabaco
- Trabajo nocturno
- Productos químicos de los antitranspirantes
- Sostenes muy apretados
- Abortos provocados
- Implantes mamarios

Cuadro clínico

La mayoría de las veces el cáncer de mama puede ser asintomático, o presentar:

- Bulto o masa indolora, redondeada.
- Inflamación de la totalidad o parte de un pecho
- Irritación de la piel o formación de hoyuelos
- Dolor de mama o el pezón
- Pezón de retracción.
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento del pezón o la piel del seno
- La secreción del pezón que no sea leche materna.

Existe la posibilidad que el cáncer de mama se puede diseminar a los ganglios linfáticos de la axila o alrededor de la clavícula y causar una protuberancia o hinchazón allí. (ACS, 2016).

Fisiopatología

El cáncer comienza en una célula, es decir que es de origen monoclonal, la cual altera los ciclos normales de la célula y se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más “células anárquicas” que a su vez pueden inducir a cambios similares en las células vecinas, donde a lo largo de cada división celular se producen errores espontáneos en cada duplicación.

La mutación genética conduce a la modificación de los productos que codificaría el gen normal y en la vía de la carcinogénesis darán origen a:

- Los cánceres heredables por mutaciones en uno o ambos alelos de las células germinales.
- Los cánceres esporádicos, donde las alteraciones genéticas dependen de los mutágenos ambientales (virus, radiaciones o sustancias químicas)
- Son dos mecanismos por los cuales los genes pueden alterarse:
- Genético, donde se producen alteraciones estructurales del genoma por cambios en la disposición de los propios genes o de sus bases, como ser las mutaciones, translocaciones o deleciones.
- Epigenético en acciones moleculares por alteraciones de las enzimas o de los sustratos de las mismas, tal el caso de la metilación de las bases.
- Los carcinógenos químicos pueden actuar como inhibidores o activadores de enzimas que a su vez podrían facilitar la acción de esos carcinógenos en el daño genómico y activar algunos oncogenes
- El avance en las investigaciones sobre el tema de la carcinogénesis ha permitido a los científicos concretar conceptos sobre las distintas etapas de la transformación neoplásica y comprender la dinámica en los cambios moleculares, a través de tres etapas de la carcinogénesis que son: iniciación, promoción y progresión.
- La iniciación ocurre a nivel del genoma y las alteraciones pueden darse en los tumores benignos y malignos. Los agentes que actúan en la primera etapa pueden ser físicos, químicos o virales, físicos constituidos por las radiaciones que dañan, ionizando las bases, deprimen el gen de la proteína p53, pueden estimular citoquinas como la IL 1 y 6, que actúan como verdaderos factores de crecimiento, facilitan la formación de radicales libres

y pueden lesionar el gen que codifica para el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), los carcinógenos químicos tienen como blanco preferencial al nitrógeno de la guanina (alquilantes, aminas aromáticas, nitrosaminas y grasas poliinsaturadas) produciendo mutaciones irreversibles.

- La promoción representa la etapa de crecimiento tisular con la formación del tumor, donde participan los factores de crecimiento y los receptores a los factores de crecimiento, los factores de crecimiento (FC), son péptidos producidos por las mismas células o por las vecinas y actúan como facilitadores de la mitosis incorporando en fase S a algunas células que se encuentran en fase G0 o G1 prolongada. Las gonadotrofinas hipofisarias estimulan especialmente al epitelio ovárico; la prolactina ejerce su acción en el ámbito de la mama y también del ovario actuando así como factores de crecimiento.
- La progresión implica la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancia, por parte de la célula tumoral maligna, esta capacidad está codificada también en los genes de la misma con modificaciones estructurales y funcionales, las células normales se encuentran “ancladas” en un hábitat que les es propio y el contacto con las células vecinas controla su propia división celular y existen moléculas de adhesión que las mantienen próximas y permiten la transmisión de señales de una a otra. (Martin & Civetta, 2011).

Diagnóstico

En primera instancia y como prevención también, del cáncer de mama, se enmarca la autoexploración mamaria. El Instituto Nacional del cáncer (2016) enuncia cinco pruebas diagnósticas.

- Mamografía: radiografía del seno.
- Ecografía: La ecografía, también conocida como sonografía o ultrasonido, utiliza ondas sonoras para delinear una parte del cuerpo.

- Imágenes por resonancia magnética (IRM), donde se utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X, se absorbe la energía de las ondas radiales y luego se libera en un patrón formado por el tipo de tejido corporal y por ciertas enfermedades, así una computadora traduce este patrón en una imagen muy detallada.
- Ductograma (galactograma): En esta prueba, se introduce un tubo metálico muy delgado en la abertura de un conducto del pezón por donde sale la secreción, se introduce una pequeña cantidad de material de contraste, el cual delinea la forma del ducto en una radiografía y puede mostrar si hay una masa o un bulto dentro del ducto, si sale líquido de su pezón, puede que se recolecte una muestra del líquido y se examine para saber si hay signos de infección o células cancerosas.
- Biopsia: extraer una muestra (un pequeño fragmento) del área que causa sospechas para examinarla en un laboratorio.

Tratamiento

Para tratar esta enfermedad, existen distintos tratamientos que van desde los locales, hasta los sistémicos. Los locales tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo tales como la cirugía y la radioterapia.

Cirugía

Clasificación

- Cirugía con conservación del seno (también llamada tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o mastectomía segmentaria): se extirpa solamente la parte del seno que tiene cáncer.
- Mastectomía: se extirpa totalmente el seno, incluyendo todo el tejido mamario y en ocasiones otros tejidos cercanos.

Existen distintos tipos de mastectomía

- Mastectomía simple (o total): La mastectomía simple es el tipo más común de mastectomía, se extirpa todo el seno, incluyendo el pezón, pero no extirpa los ganglios linfáticos axilares ni el tejido muscular que se encuentra debajo del seno.

- Mastectomía doble: Si se realiza una mastectomía en ambos senos, se denomina mastectomía doble (o bilateral). Cuando se realiza este procedimiento, a menudo se lleva a cabo como cirugía preventiva en las mujeres con un riesgo muy alto de padecer cáncer en el otro seno, como aquellas con una mutación en el gen BRCA.
- Mastectomía con conservación de piel: En este procedimiento, se deja intacta la mayor parte de la piel sobre el seno (a parte del pezón y la areola), lo cual puede resultar tan bien como en una mastectomía simple.
- Mastectomía radical modificada: Una mastectomía radical modificada combina una mastectomía simple con la extirpación de los ganglios linfáticos debajo del brazo (disección de los ganglios linfáticos axilares).
- Mastectomía con conservación del pezón: La mastectomía con conservación de pezón es una variación de la mastectomía con conservación de piel, se extirpa el tejido del seno, pero la piel y el pezón del seno se dejan en su lugar. A esto le sigue una reconstrucción del seno.
- Mastectomía radical: En esta operación extensa, el cirujano extirpa todo el seno, los ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo) y los músculos pectorales (pared torácica) que se encuentran debajo del seno.

Radioterapia

Tratamiento que usa rayos o partículas de alta energía (como los rayos X) para eliminar las células del cáncer.

Sistémicos: Son aquellos que pueden alcanzar las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo, dentro de estos se encuentran:

Quimioterapia

Tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se pueden administrar por vía intravenosa (inyectados en la vena) o por vía oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo.

Terapia Hormonal

Las células del cáncer de seno positivo para receptores de estrógeno y positivos para receptores de progesterona (ER-positivo y PR-positivo) tienen

receptores que se adhieren a los estrógenos, lo que les ayuda a crecer. Hay varios medicamentos que utilizan diferentes formas para evitar que el estrógeno se adhiera a los receptores.

Terapia Dirigida

Estos medicamentos de terapia dirigida están diseñados para bloquear el crecimiento y propagación de las células cancerosas.

La Mastectomía

La Asociación Americana del cáncer (2016) enuncia que las mujeres que se someten a una mastectomía permanecen hospitalizadas durante una o dos noches y luego regresan a sus casas, es posible que algunas mujeres deban permanecer brevemente en una unidad de observación, el tiempo de recuperación de la cirugía depende de los procedimientos realizados, el tiempo de recuperación puede ser más prolongado si también se realizó la reconstrucción del seno y puede tomar meses regresar a todas las actividades después de ciertos procedimientos.

Algunas mujeres pueden recibir otros tratamientos después de una mastectomía, tales como radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, o terapia dirigida

- Efectos secundarios de la mastectomía

En cierta medida, los efectos secundarios de la mastectomía pueden depender del tipo de mastectomía (las cirugías más extensas tienden a causar más efectos secundarios). Los efectos secundarios pueden incluir:

- Dolor o sensibilidad
- Hinchazón en la zona de la cirugía
- Acumulación de sangre en la herida (hematoma)
- Acumulación de líquido transparente en la herida (seroma)
- Movimiento limitado del brazo o del hombro
- Entumecimiento en el pecho o el brazo
- Dolor de origen nervioso (neuropático) en la pared torácica, la axila y/o el brazo que no desaparece con el pasar del tiempo
- Infección

Reconstrucción mamaria

Algunas mujeres deciden someterse a una reconstrucción mamaria durante la misma operación en se extirpa la mama. Existen varias maneras de reconstruir una mama, entre las distintas técnicas se encuentran la inserción de un implante, la inserción de tejido de otra parte del cuerpo o bien, una combinación de ambas. (ACS, 2016).

Calidad de vida

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Urzua & Caqueo, 2012).

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida, la expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

En los noventa seguía una falta de consenso sobre el término, Felce y Perry en 1955, enuncian varios modelos conceptuales sobre la calidad de vida citando la calidad de vida como:

a) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales

b) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

c) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (Gómez & Sabeh, 2000).

A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua aplicación, así se podría considerar que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene pública, se extiende posterior a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continua con la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida oscila, de su actividad cotidiana y de su propia salud, así el concepto de vuelve más rico, complejo y también más frágil

En 1994 Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1994) establecen que el concepto de la calidad de vida es muy variado y que este debe de adoptar dos enfoques cualitativo y cuantitativo; cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida, para ello, se estudiaron diferentes indicadores: Sociales que refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, entre otro. Psicológicos que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales y Ecológicos que miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente, mientras que los de enfoque cualitativos son aquellos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. (Moreno & Ximenez, 1996).

Para la OMS el concepto de calidad de vida lo define en un principio como la percepción que un individuo tiene sobre su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes influidos de algún modo

por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales así como su relación con los elementos de su entorno. (OMS, 2005).

Son muchos los puntos de abordar la calidad de vida en general, puesto que dependerá de varios aspectos a evaluar así como del enfoque que se le quiera dar, el concepto es amplio ya que son varias características las que determinan la calidad de vida, a lo largo de los años se ha ido modificando; datos más actuales refieren que *calidad de vida* es un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal, por lo tanto, *calidad de vida* tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud.

A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto de *calidad de vida* puesto que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el bienestar individual, respaldando esta definición bajo cinco dominios:

- 1 bienestar físico (como salud, seguridad física)
- 2 bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones)
- 3 bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera)
- 4 desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución)
- 5 bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión)

Es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud.

Como la enfermedad y su tratamiento pueden afectar el bienestar psicológico, social y económico de las personas, así como su integridad biológica, se puede tratar de entender a la *calidad de vida* en salud desde cada uno de esos dominios. De esta forma, la mejoría de la *calidad de vida en los* pacientes puede lograrse ya sea curando la enfermedad o mejorando los peores síntomas por un período largo o evitando daños ya sea por errores de los profesionales de la salud

o por la presencia de efectos secundarios a los fármacos. (Secretaría de salud, [SSA], 2013).

Calidad de vida socioemocional

Toda situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades, la calidad de vida guarda una relación directa en medida en que dichas necesidades son satisfechas (Araya & Yáñez, 2006).

En cáncer de mama implica siempre, para quienes lo padecen, una sentencia de muerte apenas mitigada por la perspectiva de una posible prolongación momentánea de la vida, con pocas esperanzas de una recuperación completa, como consecuencia de ello, desde el momento en que la enfermedad se identifica, la paciente es en general objeto de un proceso progresivo y creciente de fragilización psicológica centralizada fundamentalmente, en el temor a la muerte y que se expresa clínicamente en la cancerofilia, así como sentido de vulnerabilidad y pérdida de control de su propia vida, esta situación de “fragilización psicológica”, común a la mayoría de las personas afectadas por el cáncer, se agrava más aún en el caso de la mujer con cáncer de la mama, ya que, para la mayoría de ellas, este mal significa, una inevitable mutilación de su imagen corporal, pues la importancia de su aspecto físico y de su potencial de atracción sexual está ligado a los senos (Salas, 2009). Dado que los senos son símbolo de sexualidad, maternidad, feminidad, (Royo, 2011).

Por otro lado se expone que la mujer tras el diagnóstico de cáncer de mama se preocupa por su físico, la imagen corporal, el estado de ánimo, la sexualidad, la familia y los objetivos profesionales, y posterior al tratamiento experimental, el miedo de recaer, además plantea que existe una dificultad con sus relaciones interpersonales, familiares de pareja, y sexuales, llegando a un retraimiento social, y reducción de sus actividades que solía realizar antes, dando paso a un desajuste emocional. (Royo, 2011).

La depresión y los trastornos de ansiedad son diagnósticos relativamente frecuentes en pacientes con enfermedades crónicas como lo es el cáncer de mama, ocasionados por el desgaste psicológico en el que se encuentra la mujer.

Por otro lado, como efecto de la enfermedad, las relaciones del enfermo crónico con sus redes sociales se ven afectadas, por un lado, los que se centran en las relaciones interpersonales entre el enfermo y sus redes, y por otro, los que se refieren a las alteraciones que sufren estas cuando atienden a un enfermo crónico, lo que también tiene efectos indirectos en la relación con la persona enferma, evitando los contactos o a descargar su angustia con las personas que intentan ayudarlo, lo cual produce efectos negativos en su relación con los miembros de la red. (Salas, 2009).

El cáncer de mama también afecta el estado económico de la persona, pues el tratamiento hace que las mujeres abandonen sus empleos, deteriorando sus ingresos de supervivencia, sumándole a esto que muchas invirtieron sus ahorros en la enfermedad. (Araya & Yáñez, 2006).

Una vez finalizado el tratamiento las mujeres deben de volver a su vida que llevaban antes del diagnóstico, sin embargo tendrán que reajustarse a sus vidas tras las secuelas del tratamiento, que suelen ser graves y que afectan al funcionamiento diario, disminuyendo así su calidad de vida. Dado que la calidad de vida dependerá así de la disfunción física por la que este cursando el paciente, el dolor, y malestar por que provoque limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales bienestar psicológico. . (Royo, 2011).

Estudios revelan que mujeres jóvenes tienen un mejor funcionamiento físico que aquellas que superan los setenta años, sin embargo, experimentan mayores períodos de depresión, atribuyéndose esto a una imagen corporal, actividades de la vida diaria y un funcionamiento social más pobre, es difícil determinar con certeza en que rangos etarios la calidad de vida se encuentra más afectada, sin olvidar que quienes no tuvieron terapia coadyuvante a la mastectomía presentan mejor calidad de vida. (Araya & Yáñez 2006).

Definición de Términos

Edad

Es el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Real Academia Española. (RAE, 2016).

Estado Civil

Situación que un individuo ocupa en la sociedad en función o relación con las personas que forman o han formado su familia, que lo habilita para ejercer ciertos derechos contra ciertas obligaciones. (Araya & Yáñez, 2006).

Número de hijos

Total de hijas e hijos nacidos vivos que han tenido las mujeres de 12 y más años de edad, independientemente de que en el momento de la entrevista estuvieran vivos o muertos. (INEGI, 2010).

Nivel de escolaridad

Cada una de las etapas que conforman el Sistema Educativo Nacional (INEGI, 2010):

- Preescolar
- Primaria
- Secundaria
- Estudios técnicos con primaria terminada
- Preparatoria o bachillerato
- Normal básica
- Estudios técnicos con secundaria terminada
- Estudios técnicos con preparatoria terminada
- Profesional
- Maestría
- Doctorado

Ocupación Actual

Tarea o actividad que desempeñó la población ocupada en su trabajo durante la semana de referencia. (INEGI, 2010).

Ingreso económico

Percepciones en efectivo y/o en especie recibidas durante el periodo de referencia a cambio del trabajo asalariado a una empresa, institución o a las órdenes de un patrón, incluye el ingreso en efectivo y/o en especie de un negocio agropecuario o no agropecuario, los rendimientos derivados de cooperativas de producción, así como los ingresos derivados de la posesión de activos físicos y no físicos, las transferencias recibidas y otros ingresos corrientes. (INEGI, 2010).

Actividad física

Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. (OMS, 2016).

Justificación

La calidad de vida es un concepto que abarca diversas características relacionadas con el ser humano, desde la percepción que se tiene acerca de su entorno, como su entorno mismo, la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OECD, 2016) enmarca la calidad de vida como algo subjetivo evaluada desde la educación, los ingresos, la satisfacción personal, y las condiciones sociales de un individuo, que la ser evaluada dentro de esta organización países como Portugal y Turquía son quienes la perciben con un nivel más bajo con un promedio de 5.5 mientras que Noruega y Suiza asignan los valores más altos 7.6, esto por diversas condiciones del país como desarrollo económico y cultura, México la califica con 6.2.

La literatura indagada muestra que son pocos los estudios encontrados sobre todo en América Latina y México, relacionados al aspecto socioemocional que vive la mujer mastectomizada; ya que los estudios muestran la calidad de vida durante el tratamiento mas no después de este (Velázquez, Ruiz, Padilla, Favela & Barragan, 2015) quienes realizaron un estudio sobre la ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama, donde se encontró que todas las mujeres entrevistadas presentaban algún tipo de ansiedad y calificaron su calidad de vida social, física, psicológica y del entorno como mala.

Se realizó un estudio para conocer la calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia encontrando que la percepción de las participantes acerca de la calidad de vida tanto social, física, psicológica y del

entorno se consideró mala, en especial para quienes provenían de estratos económicos más bajos (Salas & Grisales, 2010). Así mismo Vidal en el 2014, obtuvo como resultados un índice bajo en cuanto a limitaciones o dificultades físicas durante el tratamiento, patrón similar a las dificultades cognitivas donde se refería problemas para leer, recordar cosas, en tanto el malestar emocional se calificó como superior durante el tratamiento presentando, nervios, preocupaciones y algunas refirieron depresión, por parte de la percepción de la salud en general y calidad de vida, la valoraron en mayoría como regular.

En México pocos estudios abordan la calidad de vida, como el de Muñoz, Contreras, Balderas, Hernández, Solano, Ramírez, et al. (2011) que reportan en su estudio en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características socio- demográficas, estados comórbidos y características del proceso de atención, que el mayor porcentaje de las mujeres se encontraban con diagnóstico en estadio II, el estado marital fue de no unida, es decir soltera, viuda y de escolaridad con primaria o secundaria, además se encontraron diferencias en aspectos como fatiga, náuseas vómito, referente a las etapas clínicas de las participantes.

Así mismo González & Lemes, (2011) reportaron en su estudio en pacientes con cáncer de mama, que el mayor porcentaje de pacientes estaban en estadio II, las cuales mostraron una supervivencia de 93 % a los dos años, mientras que a los cinco años fue de 78%, así como una nula supervivencia en aquellas mujeres diagnosticadas en estadio IV. Otro estudio que refiere la supervivencia es el realizado por Ruiz (2015) quien aborda la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama en su estudio, encontrando que las mujeres supervivientes entre 5 y 8 años presentan secuelas psicológicas y físicas, asimismo se determinó que tres cuartas partes de las supervivientes tienen su calidad de vida alterada, sin embargo en este estudio no todas las supervivientes pasaron por una mastectomía.

Estudios que abordan específicamente a la mujer mastectomizada son los realizados por Araya & Yáñez (2006) donde se midió la calidad de vida de pacientes mastectomizadas, el estudio aborda dos componentes la salud física y

la salud mental, encontraron que el mayor porcentaje de las mujeres jóvenes presentan un mejor componente físico pero no mental y las mujeres de mayor edad por el contrario presentan un mejor componente mental. El estudio de Gallegos (2013) donde analizó la adaptación y afrontamiento en personas mastectomizadas estableció como factores de adaptación y afrontamiento los comportamientos personales, relaciones físicas, comportamientos del yo, estrategias personales y estrategias para recurrir así misma y a otras personas, las mujeres afrontan la situación recurriendo a estrategias personales, sin embargo estos estudios no evalúan la calidad de vida socioemocional.

Es por ello que el presente estudio pretende conocer la calidad de vida socio-emocional que vive la mujer tras una mastectomía, esto apoyará la generación de nuevos conocimientos en esta área y contribuirá para en el desarrollo de la disciplina de enfermería, así como para el desarrollo de intervenciones eficaces que ayuden a mejorar la calidad de vida socioemocional en las mujeres mastectomizadas y esto contribuya a mantener la salud de una forma holística.

La información del aspecto socio-emocional en la vida de la mujer, aún tiene un vacío del conocimiento para ayudar a mantener una calidad de vida satisfactoria, dado que en el proceso por el que cursa puede ocasionar una serie de conflictos que afectan a sus esferas biopsicosociales, así al contribuir al estudio de esta área, la mujer tendrá más herramientas de conocer y entender la mejor forma enfrentar estas situaciones y modificar el comportamiento con la finalidad de elevar su calidad de vida socioemocional y así como mejorar la calidad de vida física. Enfermería es una disciplina que desarrolla conocimientos el presente estudio servirá para la creación de cuidados individualizados sustentados en los resultados y el desarrollo científico sobre el tema y así proporcionar un cuidado holístico, favoreciendo a la calidad de vida de la mujer post mastectomizada en lo socio-emocional que además contribuya a mejorar el aspecto físico.

Objetivo General

Comparar las diferencias en la calidad de vida socio-emocional de las mujeres mastectomizadas.

Objetivos Específicos

1. Identificar la calidad de vida social de la mujer mastectomizada.
2. Determinar la calidad de vida emocional de la mujer mastectomizada.
3. Conocer la calidad de vida socioemocional y su relación con las variables sociodemográficas en las mujeres mastectomizadas.

Capítulo II

Metodología

Diseño de Estudio

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal porque se describieron las variables de estudio y las mediciones serán en un solo momento. (Polit, 1999).

Participantes

Las participantes fueron las usuarias del Hospital Materno Infantil de Irapuato quienes estuvieran mastectomizadas de enero 2016 a enero 2017.

Criterios de inclusión

Mujeres sometidas a mastectomía de una o ambas mamas, con o sin cáncer de mama post mastectomía, de enero 2016 a enero 2017, con estadio de cáncer indistinto al diagnóstico, con o sin procesos de metástasis, que reciben apoyo psicológico.

Criterios de eliminación

Mujeres con alguna discapacidad mental

Mujeres que no deseen participar en el estudio.

Muestreo

El muestreo fue intencionado y discrecional dado que la población estuvo identificada, con un total de 28 personas

VARIABLES O CATEGORÍAS

El presente estudio fue univariado, sin embargo también se abordaron variables sociodemográficas y en relación con la patología. Calidad de vida socioemocional fue la univariable, mientras que en las variables sociodemográficas se consideraron la edad, el estado civil, el número de hijos, el nivel de estudio, la ocupación actual, el ingreso económico, la actividad física, en relación con la patología, mastectomía unilateral o bilateral, mastectomía con o sin

cáncer de mama, tiempo de post mastectomía, estadio de cáncer al diagnóstico y tiempo transcurrido desde el diagnóstico, con o sin proceso de metástasis.

Descripción de los instrumentos

Para el estudio se utilizó una cedula de datos sociodemográficos elaborada por el autor de la investigación, en conjunto con el grupo de expertos en el estudio en la que se incluyen preguntas como edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, ocupación actual, ingreso económico, actividad física, referente al cáncer se enuncian tales como mastectomía unilateral o bilateral, mastectomía con o sin cáncer de mama, tiempo de post mastectomía, estadio de cáncer al diagnóstico y tiempo transcurrido desde el diagnóstico (Anexo 1).

El segundo instrumento fue la escala Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast FACT-B por sus siglas en inglés (FACIT, 2010), la cual evalúa la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama, dicha escala cuenta con 5 dimensiones, bienestar físico, bienestar socio/familiar, bienestar emocional, y funcional así como en relación con la enfermedad y tratamiento, cada dimensión cuenta con preguntas a las cuales se les brinda una escala tipo Likert donde nada es 0, un poco 1, moderado 2, bastante 3 y mucho 4, con un total de 37 ítems. (Anexo, 2).

La evaluación del instrumento se obtiene por dominios, tras la suma de cada uno de los ítems multiplicado por el número de ítems que contiene el dominio, dividido por el número de ítems contestados, logrando la evaluación final de la escala mediante la suma de cada uno de los resultados por dominio. Siempre y cuando se lleve a cabo la inversión de algunos ítems de manera que un mayor puntaje corresponda a una mejor calidad de vida. La escala ha sido validada en países de habla hispana para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama, (Sánchez, Sierra & López, 2012). Donde obtuvo un coeficiente de alfa de 0.899.

Para la validación del instrumento se realizó la técnica del back traslation, es decir una traducción del instrumento del inglés al español y posteriormente del

español al inglés asegurando que no se perdiera la parte central de la pregunta, así mismo esto fue realizado por una persona cuya lengua nativa es el inglés.

Procedimiento para la recolección de datos

El presente estudio fue evaluado y aprobado por el comité de investigación del hospital Materno Infantil de Irapuato Gto., para su posterior aplicación, una vez obtenido el permiso se procedió a la recolección de los datos. Dado que la población a estudiar fue identificada, se obtuvieron los nombres de las pacientes, por medio del consultorio de oncología, posterior se tuvo acceso al expediente clínico con la finalidad de identificar domicilio, teléfono así como algunos datos de su patología, y las citas próximas a los servicios de Oncología y Psicología.

A las pacientes que tenían cita próxima al consultorio de oncología o algún otro servicio del hospital se les hizo la invitación vía telefónica a pasar al departamento de psicología el día en que acudieran, con la finalidad de la aplicación de los cuestionarios; mientras que para el resto de las pacientes se les cito al consultorio de psicología por grupos para su la aplicación de los instrumentos.

El día de la entrevista se les explicó el propósito del estudio, se les dió a firmar el consentimiento informado (Anexo, 3) donde se les explico características del proyecto, justificación, objetivos, procedimiento a seguir, riesgos, beneficios, confidencialidad y dudas y se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos, tanto de la cedula de datos (Anexo, 1) de los campos que no fueron completados tras la indagación en el expediente clínico, como de la escala FACT-B (versión 4) (Anexo, 2). El llenado de ambos instrumentos fue aproximado de no más de 30 minutos, una vez terminando de contestar ambos instrumentos se revisaron que todos los campos estuvieran llenados, de no ser así se señalaron y se les pidió la contestación, finalmente se les agradeció por el tiempo y participación brindada.

Para el análisis de los datos se utilizó el Statistical Package for Social Sciences SPSS versión 19, donde se reunieron todos los datos recolectados, el análisis se realizó con estadística descriptiva, se obtuvieron medidas de tendencia central para describir a la población, de los datos sociodemográficos y en relación con la patología.

Para dar respuesta al objetivo uno y dos se obtuvieron frecuencias y porcentajes de cada uno de los ítems de los dominios bienestar socio/familiar y emocional evaluando ambos aspectos en la población, así como medidas de tendencia central. Mientras que para responder el objetivo tres se realizaron pruebas de correlación de Pearson.

Recursos

Los recursos económicos y humanos con los que conto la investigación fueron propios de la autora, ya que ella fue la responsable de la recolección de datos.

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó a lo dispuesto en la declaración de Helsinki, dentro de los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, ya que fue prioridad proteger la dignidad, integridad, intimidad y la confidencialidad de las participantes mediante el uso exclusivo de datos a obtener para la investigación sin fines distintos; porque el estudio no intervino con el medio ambiente, así como se optó por la realización de un protocolo de investigación con las características que le confieren, el estudio fue realizado por una persona en potencia de ciencias de la salud, respaldada por una persona profesional en esta área, además la investigación resulto beneficiosa para la misma población a evaluar ya que se obtuvieron nuevos conocimientos para abordar a este tipo de pacientes mejorando su calidad de vida.

A las participantes no se les expidió algún tipo de cuota tras la participación, ya que la participación fue voluntaria, se hizo entrega de un consentimiento informado pre llenado de los cuestionarios, el que especifico las características del proyecto, finalidad, objetivos, dicho consentimiento fue elaborado por la autora de la investigación como por la directora del proyecto, quien posee previa experiencia en investigación, además para aquellas personas que no desearon participar en la investigación la decisión no se puso a juicio y fue respetada, en cuanto a los resultados son de dominio público, bajo las consideraciones éticas de confidencialidad de datos ya mencionadas.

Así como también acato lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987).

Se consideró lo establecido en el Título segundo de los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, donde prevaleció el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de la mujer, al realizarse la colecta de los datos en un lugar neutro, respetando su tiempo y confidencialidad de los datos. En el Artículo 14, Fracción V, donde se contó con el consentimiento informado y por escrito de las mujeres sujetos de investigación. Fracción VII. Se contó con el dictamen del hospital Materno Infantil de Irapuato, asegurando el anonimato de las participantes, mediante la asignación de un código según lo dispuesto en el Capítulo I Artículo 16 donde se protege la privacidad de las mujeres sujetos de investigación.

Artículo 17 Fracción II. La investigación se consideró con riesgo mínimo, dado que fueron contestados cuestionarios, artículo 20, entendiendo por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual las mujeres autorizaron su participación en la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Artículo 21, por que el consentimiento informado se consideró existente, las mujeres recibieron una explicación clara y completa, de tal forma que pudieron comprender el objetivo de la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, la seguridad de que ser identificada y de que los datos proporcionados solo fueron de uso para fines que a la investigación le convenga.

Capítulo III

Resultados

Es este apartado se describe el análisis estadístico de la información obtenida, dando respuesta a los objetivos planteados al inicio de la investigación. Se inicia con la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y relacionados con la enfermedad de las variables de estudio, seguido de la confiabilidad de los instrumentos empleados y por último se da respuesta a los objetivos del estudio por medio de la estadística inferencial.

Estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y relacionados con la enfermedad.

La tabla uno muestra los datos descriptivos de la muestra que está constituida por 13 pacientes femeninas, que pasaron por una mastectomía de enero de 2016 a enero 2017 y que son derechohabientes del hospital materno infantil de Irapuato. La muestra presenta una media de 52 años con una mínima de 39 y máxima de 74. El 69 % está casada, el 15.4 % separada o divorciada, y 7.7 % está en unión libre y viuda, el 100% de las pacientes tiene hijos y su ocupación actual es al hogar; el nivel de estudios lo presentan en mayor promedio con 46.2% quienes no poseen algún grado de escolaridad, un 30.8 % dice tener la secundaria completa y un 23.1 % cuenta con la primaria, actualmente ninguna de las pacientes tiene un trabajo remunerado ya que están en proceso del tratamiento por lo que el 76.9 % son dependientes económicamente de su esposo, el 15.4 % de sus hijos y un 7.7 % de sus papas; al ser derechohabientes del hospital el ingreso económico es bajo el mayor porcentaje 76.9 % refiere tener un ingreso inferior de 3000, es solo un 15.4 % el porcentaje de mujeres que realiza alguna actividad física como caminar.

Tabla 1

Características sociodemográficas

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
39	1	7.7
40	1	7.7
42	1	7.7
44	1	7.7
50	1	7.7
51	2	15.4
52	1	7.7
54	1	7.7
55	1	7.7
56	1	7.7
68	1	7.7
74	1	7.7
Estado civil		
Casada	9	69.2
Unión libre	1	7.7
Separada/divorciada	2	15.4
Viuda	1	7.7
Hijos		
Si	13	100
Nivel de estudios		
Sin estudios	6	46.2
Primaria completa	3	23.1
Secundaria completa	4	30.8
Ocupación actual		
Hogar	13	100
Si no tiene trabajo remunerado de quien depende económicamente		
Esposo	10	76.9

Hijos	2	15.4
Papas	1	7.7
Ingreso económico actual		
Menor de 3000	10	76.9
De 3000 a 6000	3	23.1
Actividad física		
Si	2	15.4
No	11	84.6

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos y en relación a la patología n=13

En la tabla 2 se observa los meses transcurridos desde la operación de la muestra, teniendo un mayor porcentaje con 23.1% de pacientes tras 0 meses de mastectomía, y un 7.7 % porcentaje más bajo para los 2,3, 6 y 8, meses. Respecto a la mama intervenida se percibe una diferencia mínima para ambas teniendo la derecha un 53.8% e izquierda con un 46.2 %. Es el 38.5 % en quienes su cáncer obtuvieron un proceso de metástasis, cabe señalar que este solo fue a nivel de ganglionar. Debido al pronto diagnostico el 100% de ellas obtuvo una intervención óptima para el cáncer no mayor a seis meses, así los mayores porcentajes para el estadio de cáncer al diagnóstico se sitúan en los dos primeros estadios del cáncer con un 38.5% para el II y un 30.8% para el I, fue en solo una paciente donde el estadio fue desconocido ya que no se contó con el expediente clínico y ella refería no saber nada del dato, al 100% de las pacientes se les realizo una mastectomía radical modificada, y posterior a la operación seguían con cáncer, por ello 53.8 % recibe quimioterapia como tratamiento coadyuvante, un 7.7 % lo hace a través de la terapia hormonal y un 38.5% están por recibir alguno, ya que están en espera de resultados de patología y de espacio para recibirlo.

Tabla 2

Características de la enfermedad

Variable	<i>f</i>	%
Tiempo de mastectomía en meses		
0	3	23.1
2	1	7.7
3	2	15.4
4	1	7.7
5	1	7.7
6	2	15.4
8	2	15.4
10	1	7.7
Mama intervenida		
Derecha	7	53.8
Izquierda	6	46.2
Cáncer con metástasis		
Si	5	38.5
No	8	61.5
Estadio de cáncer al diagnóstico		
I	4	30.8
II	5	38.5
III	3	23.1
No se	1	7.7
Tipo de mastectomía		
Radical modificada	13	100
Presencia de cáncer tras mastectomía		
si	13	100
Además de mastectomía tratamiento recibido		
Quimioterapia	7	53.8
Terapia Hormonal	1	7.7

Ninguno	5	38.5
Tiempo con el diagnóstico de cáncer de mama		
Menos de un año	13	10

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos y en relación a la patología n=13

Fiabilidad del instrumento

Para la fiabilidad de la escala FACT-B (Versión 4), se obtuvo un alpha de Cronbach con un valor de .907 de los 37 ítems que conforman la escala, que dentro de los parámetros considerados por Burns & Grove, (2012), el alpha es aceptable.

Estadística Inferencial dando respuesta a los objetivos

Para dar respuesta al objetivo uno y dos se obtuvieron las medias de las dimensiones socio/familiar y emocional, donde la media para la dimensión socio/familiar fue de 20.85, considerando que la máxima es de 28 se evalúa como una calidad de vida buena para la mujer mastectomizada, la dimensión emocional obtuvo una media fue de 16.38, con una máxima de 24, evaluándola como regular. Así mismo se describen el resto de las dimensiones de la escala donde la dimensión del bienestar físico, es evaluada como buena después de obtener una media de 23.69 y una máxima de 28, al igual que la referente para la enfermedad y el tratamiento su máxima 34 y una media de 26.85, mientras que la dimensión funcional arroja una media de 18.77 y una máxima de 28, resultando un bienestar regular. Así como también se describe la media del puntaje total, con un valor de 106.54 y una máxima de 138, por lo que la calidad de vida en general de la mujer mastectomizada es evidenciada como regular.

Tabla 3

Evaluación de dimensiones

Dimensión	Media	Mínima	Máxima
Bienestar Físico	23.69	18	28
Bienestar socio/familiar	20.85	11	28
Bienestar Emocional	16.38	9	24
Bienestar Funcional	18.77	11	28
Bienestar tras la enfermedad y tratamiento	26.85	17	34
Escala Total	106.54	81	138

ESCALA FACT-B (Versión 4) n=13

Mientras que para responder el objetivo tres el cual correspondía a las diferencias de la calidad de vida socioemocional con las variables sociodemográficas se realizaron pruebas de correlación, Pearson, no encontrando relación alguna entre las variables.

Discusión

El estudio refleja que la mujer mastectomizada que recibe apoyo psicológico cursa por una calidad de vida social buena, siendo la terapia psicológica determinante para que así lo sea, ya que en ella es primordial el refuerzo de redes de apoyo por parte de la pareja y familiares, consiguiendo así un apoyo incondicional por parte de estos, tal como lo afirma Sosa (2004), quien considera el logro de las relaciones sociales efectivas como una de las metas de la terapia psicológica; sin embargo los resultados de este estudio no coinciden con lo referido por Perales (2008), pues el menciona que las mujeres perciben las relaciones sociales deterioradas en cantidad y calidad, coincidiendo con estudios realizados por Salas (2009), hace referencia a las relaciones sociales por parte de la familia como nulas, además son Velázquez y Colaboradores (2007), quienes refieren como negativo el dominio social, tras su estudio sin embargo la población empleada para tales estudios no estuvo sujeta a un apoyo psicológico, lo que evidencia la importancia de recibir dicha intervención.

En cuanto a la calidad de vida emocional el estudio la arroja como regular, derivada de que el instrumento la evalúa a través de las percepciones por su condición, tratamiento, afrontación, preocupaciones, estado de ánimo, miedo; percepciones confusas que la mujer se genera, esto posiblemente a no contar con una información verídica sobre el proceso que está conllevando, más un bajo nivel de estudios que gran porcentaje de mujeres lo presenta en este estudio, limitantes para su conocimiento. Perales (2008) menciona que los conceptos erróneos y una comunicación deficiente contribuyen a un deterioro emocional de la mujer por su condición, así también estos autores recalcan la importancia de clarificar mitos, proporcionando información correcta por parte del personal de salud. Así mismo la teoría a través de Solana (2005) refiere que el uso inadecuado de información altera el estado emocional del paciente.

Por otro lado estudios realizados referente a la calidad de vida emocional reflejan una alteración significativa para el estado emocional de las pacientes, tal

como lo afirman Velázquez y Colaboradores (2007), cabe señalar que en el estudio realizan la evaluación en general, mas no describen cuales son las alteraciones que la mujer presenta. Así en esta investigación la mujer posee sentimientos de tristeza, ansiedad y preocupaciones referentes al proceso de tratamiento, coincidiendo con Solana (2005) que refiere que la mujer pasa por procesos de angustia y temor. Así como también lo confirman, Ashing y colobaradores (2004).La mujer cuenta con un apoyo psicológico en este estudio lo que bien pudiera ayudar a mejorar este aspecto sin embargo es evidente que hay un déficit para el completo bienestar, atribuyendo esto a lo ya descrito referente a los limitantes para el conocimiento.

Es la dimensión de bienestar físico y referente al tratamiento y enfermedad las que poseen una calidad buena en gran medida, resultado por el hecho de que algunas de las pacientes aun no reciben el tratamiento coadyuvante para la erradicación del cáncer, por lo que no han pasado por los efectos de un tratamiento extra. Ya que como lo mencionan Velázquez y Colaboradores (2007) la quimioterapia, radioterapia son tratamientos que afectan al organismo de la mujer de manera importante en todas direcciones, además tras su estudio también son ellos quienes reportan lo opuesto de los resultados obtenidos por esta dimensión en el presente estudio, ya que en su estudio se encontró una mala calidad de vida física, similar a lo reportado en el estudio realizado por Salas (2009). Tal diferencia es atribuida a la heterogeneidad de la muestra empleada por el tipo de tratamiento recibido.

Es también debido a esto lo que determina una calidad de vida funcional regular, para las mujeres de este estudio puesto que en su totalidad no están recibiendo el tratamiento coadyuvante al cáncer, así mismo el tiempo post mastectomía es indistinto para cada una, pues como lo afirman Plaza y Nieves (2013) el tiempo post tratamiento es pauta para la calidad de vida socioemocional de la mujer. Tal como lo describe el estudio realizados por Royo (2011), donde se encontró significancia en la mejora de la calidad de vida tras el paso del tiempo, de

esta manera la mujer va teniendo una mejora en la integración a la realización de sus actividades cotidianas.

Así una evaluación final de todos los dominios proyecta un puntaje no tan cercano al puntaje máximo de la escala reflejando una aceptable calidad de vida total de la mujer mastectomizada para este estudio, atribuyendo a que la salud emocional no es completamente apta para las mujeres, siendo este factor para que el resto de los dominios se vean afectados, coincidiendo con lo dicho por Perales (2008) quien menciona que todos aquellos pacientes que sufren alteraciones emocionales, son incapaces de funcionar adecuadamente en algunas otras áreas, contribuyendo a un calidad de vida alterada, ya que no se puede curar el cuerpo sin la mente. Es también el tiempo de post mastectomía y del tratamiento recibido y sus efectos lo que limita la calidad, sin embargo en este estudio no se encontró correlación de las variables.

Conclusiones

Las pacientes poseen un bajo nivel de escolaridad limitante para la comprensión de todo lo que conlleva el tratamiento de cáncer de mama, más una indebida información del tratamiento que se genera, desencadenando una alteración en su bienestar emocional, dando pauta a la creación de sentimientos negativos.

El apoyo psicológico que la mujer recibe es muy significativo para la creación y refuerzo de redes de apoyo por parte de familiares y amigos, contribuyendo a un alto nivel de bienestar social para/con la mujer, por lo que se recomienda el uso de este para toda mujer que pase por una mastectomía.

La intervención psicológica es determinante para el apoyo que recibe por parte de su pareja, de esta manera la mujer no pierde su seguridad como mujer.

Las mujeres participantes de este estudio contaron con una intervención óptima de no más de un año para el tratamiento de la enfermedad, restringiendo el proceso de metástasis a órganos circundantes.

El recibir terapia psicológica ayuda a la mujer a la adaptación para/con su enfermedad, apegándose al tratamiento debidamente y es factor para que puedan describir aspectos positivos de su experiencia.

Las secuelas de la operación, y el estar recibiendo quimioterapia son determinantes para el bienestar funcional de la mujer ya que los efectos de los mismos las limitan a la realización de sus actividades cotidianas.

La mujer mastectomizada lleva una calidad de vida socioemocional aceptable ya que no presenta alteraciones emocionales de preocupación como depresión o ansiedad agudizadas, logrando un equilibrio emocional y manteniendo buenas redes sociales de apoyo.

La mujer determina su calidad de vida general en el proceso de tratamiento según las relaciones sociales y estado emocional que posea.

Limitaciones

El tiempo para la realización del estudio, la tasa de no respuesta, ya que muchas de ellas se encontraban bajo los efectos de la quimioterapia, por lo que no pudieron asistir, así mismo otras no fueron localizadas, por lo que la muestra se redujo considerablemente. Una limitación más se dio con la muestra, ya que no todas poseen el mismo tiempo post-mastectomía, por lo que algunas de ellas aun no reciben el tratamiento coadyuvante, así como tampoco fueron atendidas por el mismo número de sesiones por parte de psicología.

Recomendaciones

Se recomienda la réplica de este estudio pero con una muestra más amplia, así como con pacientes que posean un tiempo post mastectomía igual, que estén recibiendo o no quimioterapia todas y que además reciban las mismas sesiones de atención psicológica.

Así como también de un estudio cualitativo, que será generador de resultados más específicos de la mujer.

Se recomienda el uso del instrumento empleado ya obtuvo un Alpha de cronbach aceptable.

Referencias

- Araya P. & Yáñez A. (2006). Evaluación de la calidad de vida de pacientes, mastectomizadas, tratadas de cáncer entre los años 2003 y 2005. Tesis de grado. Universidad de Chile. Chile. Santiago de Chile.
- Ashing-Giwa, K., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A... & Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experiences of woman: A qualitative study of african american, asian american, latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho- Oncology*, Vol. 13, 408-428.
- Asociación Médica Mundial (2016). Declaración de Helsinki.
- Borbón, J., & Beato, A. (2002). Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. Cuba: Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto.
- Burs N. & Grove S. (2012). Investigación en enfermería. 5^o edición. Barcelona España. El servier.
- Celis C. & Gordillo C. (2006) .Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama. *El servier*. Vol. 37 (3) .173-175.
- Claro I. (2008). Depresión causas consecuencias y tratamiento . San Pablo Brasil. Editorial El Clarín.
- Coleman, M., et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncology*, 9, 730–56.
- De la Garza, J. & Juárez P. (2014). El cáncer. (1ra edición). Monterrey, México. Universidad Autónoma de Nuevo León. Disponible en https://issuu.com/rodrigosotomoreno/docs/libro_cancer.
- Dirección General de Información en salud. (2015). Salud en números. Disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/indicadores_inclusi_onsocial.html Recuperado en julio de 2016.
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 169-180.

- Flores, L., Salazar E., Duarte R. Torres G., Alonso P. & Lazcano E., (2008). Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud Pública México*. Vol. 50 (2). 119-125.
- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) (2010). Cuestionarios. Disponible en <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>, recuperado en Septiembre de 2016.
- Gallegos M. (2013). Adaptación y afrontamiento en personas mastectomizadas por cáncer de mama posterior al cuidado domiciliario. *Parainfo Digital*, 7 (19).
- Gómez M. & Sabeh E. (2000). Calidad de vida. Evaluación del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca, España. Disponible en <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>,
- González B. & Lemes j. (2011). Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. *Revista Archivo Medico de Camagüey*. Vol. 15 N. 6
- Guía de práctica clínica.(2009) Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama en segundo y tercer nivel de atención. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/232_IMSS_09_Ca_Mama_2oN/EyR_IMSS_232_09.pdf recuperado en julio de 2016.
- Instituto Nacional de estadística y geografía. (INEGI) (2010). Glosario. Disponible en <http://www.beta.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=cpv2010>, recuperado en Octubre de 2016.
- Instituto Nacional de estadística y geografía. (INEGI). (2015) Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama 19 de Octubre. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf> Recuperado en Junio de 2016.

- Instituto Nacional del cáncer de Estados Unidos (NIH) (2016). Supervivencia. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>. Recuperado en Julio de 2016.
- Instituto Nacional del cáncer Estados Unidos. (2016). Cáncer de seno. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno> Consultado en Octubre de 2016.
- Instituto Nacional del cáncer Estados Unidos. (2016). Cáncer. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol> Consultado en Octubre de 2016.
- J. Perales. 2008. Calidad en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno. Tesis para especialidad. Universidad de Javeriana. Bogota. Colombia.
- Martin M. & Civetta J. (2011). Carcinogénesis. Salud Pública México. Vol. 53 pág. 405-414
- Melet A. (2005).Después de la mastectomía: calidad de vida. Revista Venezolana de Oncología. Vol. 17. N. 2 pág. 115-119.
- Moreno B. & Ximenez C. (1996). Evaluación de la Calidad de vida. Manual de psicología Clínica y de la salud. Disponible en <http://uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf> Recuperado en Octubre de 2016.
- Muñoz D., Contreras I., Balderas A., Hernández G., Solano P., Ramírez I., García M., Díaz M., Quevdo J. López A., Miranda S. & Morgan G. (2011). Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características socio- demográficas, estados co-borbidosy características del proceso de atención del instituto mexicano del seguro social. El Servier.
- Organización Mundial de la salud (OMS).(2005). Calidad de vida. Disponible en <http://www.who.int/es/>, recuperado en Agosto de 2016.
- Organización Mundial de la salud (OMS).(2016). Cáncer de mama: prevención y control. Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/> recuperado en julio de 2016.

- Organización Mundial de Salud (OMS) (2015).Cáncer. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> recuperado en julio de 2016.
- Organización Mundial de Salud (OMS) (2016). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, Actividad física y salud. Disponible en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/> recuperado en Octubre de 2016.
- Organización Panamericana de la salud Y Organización Mundial de la salud (2016). Día Mundial contra el cáncer 2016. Nosotros podemos, yo puedo. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11616%3Aworld-cancer-day-2016&catid=3788%3Acancer-events&Itemid=41707&lang=es, recuperado en junio de 2016.
- Organización Panamericana de la salud Y Organización Mundial de la salud (2014).Cáncer de mama. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es, recuperado en Julio de 2016.
- Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OECD) (2016).Satisfacción. Disponible en <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/life-satisfaction-es/> recuperado en Noviembre de 2016.
- Pierre T.y Saborio F. (2005). Consecuencias psicoafectivas y Sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>, en julio de 2016.
- Plaza A., y Nieves I. (2013). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. Informes Psicológicos.Vol.14(1), 65-89.
- Polit, F. D. & Hugler, B. P. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud (6ta. Ed). México, D.F. Macgraw-Hill Interamericana.
- Racalde M. & Samudio m. (2012). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el instituto de previsión

- social en el año 2010. Investigación Científica en salud. Vol. 10:2 pag, 13-29.
- Real Academia Española(RAE) (2016). Diccionario de la lengua española. Disponible en <http://www.rae.es/> recuperado en Octubre de 2016.
- Rojas Gonzalo. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Revista médica condés. 17(4). Pág. 194-197. Recuperado en Enero de 2017.
- Royo A. (2011). Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona España.
- Ruiz P. (2015). Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama. Tesis de grado para doctorado . Universidad de Murcia. Murcia. España.
- Salas C. (2009). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Tesis de grado para Maestría. Universidad de Antioquia. Antioquia. Colombia.
- Salas C., & Grisales H. (2010) Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 28(1) pag. 9–18.
- Sánchez R., Sierra F. y López D. (2012). Validación Colombiana de la escala FACT-B para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 63. N. 3 pag. 196-206.
- Secretaría de salud (2013) Instituto Nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zuriban. Ávila J. disponible en <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html> recuperado en Octubre de 2016.
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. México.
- Solana A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología. Vol 28. Pág. 157-163

- Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS). (2012). Cáncer de mama. Disponible en <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/index>. Consultado en Octubre de 2016.
- Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS). (2012). Cáncer. Disponible en <http://www.cancer.org/cancer/index>. Consultado en Octubre de 2016.
- Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS). (2012). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf> recuperado en Agosto de 2016.
- Sosa. Carmen, Capafons Juan & Prieto Pedro. (2004). Intervención psicológica con pacientes Oncológicos. Universidad de la Laguna. La laguna. España
- Urzua A. & Caqueo A. (2012). Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. Vol. 30. N. 1 pag. 61-71.
- Urzua A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. Vol. 30. N. 1 paginas 61-71
- Velázquez E., Ruiz L., Padilla N., Favela A. & Barragan O.(2015) Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama. *UNISON*. 19:9 pag. 14-23.
- Vidal Y. (2014). Calidad de vida en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadios iniciales con tratamiento coadyuvante. Tesis de grado a doctorado. Universidad de A Coruña. Coruña. España.
- Yelamos Carmen & Fernández Belén (2011). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Disponible en www.sopal.org/uploads, recuperado en Enero de 2017.

Anexos

Anexo 1

FOLIO _____

Fecha _____

CEDULA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Instrucciones de llenado: Subraye la opción que corresponda con su situación actual, en algunas otras escriba la respuesta que sea la adecuada para usted.

1. Edad: _____

2. Estado Civil: a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Separada/Divorciada
e) Viuda

3. Tiene Hijos

SI _____ NO _____

4. Número de Hijos: _____

5. Nivel de estudios: a) Sin estudios b) Primaria Completa
c) Secundaria Completa d) Preparatoria Completa e) Licenciatura
f) Posgrado/ Maestría/ Doctorado

6.- Ocupación actual: _____

6.1 Si no tiene un trabajo remunerado de quién depende económicamente _____

7.- Ingreso económico mensual: a) menor de 3,000 b) De 3,000 a 6,000
c) mayor que 6,000

8.-Actividad Física: a) Si b) No

8.1.- Tipo de actividad física _____

8.2.- Veces a la semana de actividad física _____

9.- Tiene seguridad social: SI _____ NO _____

10.- Tipo de servicio médico: SEGURO POPULAR_____ IMSS_____ ISSSTE_____ OTRO_____ NINGUNO_____

11.- Forma parte del grupo que recibe apoyo psicológico por parte del Hospital Materno Infantil Sí_____ No_____

12.- Recibe apoyo psicológico externo al del Hospital Sí_____ No_____

RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

13. Fecha de mastectomía: _____

14. Mama intervenida

a) Izquierda_____ b) Derecha_____ c) ambas_____

15. Su cáncer tiene proceso de metástasis Sí_____ No _____

15. Estadio de su cáncer al diagnóstico

a) I_____ b) II_____ c) III_____ d) IV_____ e) No se_____

16.- Tipo de mastectomía que se le realizo

a) Simple b) Radical modificada c) Con conservación del pezón d) Radical
e) No sé

17.- Presencia de cáncer tras mastectomía

a) Si_____ b) No _____

18. Tiempo que ha pasado desde la mastectomía:

a) Menos de un año b) De uno a dos c) De tres a cuatro d) Más de cinco

19.- Además de la cirugía, tipo de tratamiento recibido:

a) Quimioterapia b) Radioterapia c) Terapia Hormonal d) reconstrucción del seno d) Ninguno

20.- Cuanto tiempo tiene con el diagnóstico de cáncer de mama:

a) Menos de un año b) de 1 a 2 años c) de 2 a 4 años
d) más de 5 años

Anexo 2

ESCALA FACT-B (Versión 4)

La siguiente es una lista de declaraciones que nos permitirá conocer tu percepción acerca de aspectos de tu vida con la enfermedad. **Por favor circula o marca un número por línea para indicar tu respuesta si es que consideras que puede aplicar en tu persona en los últimos siete días.**

Bienestar Físico

	Nada	No del todo	Un poco	Bastante	Demasiado
1.- Tengo falta de energía.....	0	1	2	3	4
2.-Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
3.- A causa de mi condición física, tengo problemas para conocer las necesidades de mi familia.....	0	1	2	3	4
4.- Tengo dolor.....	0	1	2	3	4
5.- Me siento molesta por los efectos del tratamiento.....	0	1	2	3	4
6.-Me siento enferma.....	0	1	2	3	4
7.- Estoy forzada a estar mucho tiempo en cama.....	0	1	2	3	4

Bienestar Socio/Familiar

	Nada	No del todo	Un poco	Bastante	Demasiado
8.- Me siento cerca de mis amigos.....	0	1	2	3	4
9.- Recibo apoyo emocional de mi familia.....	0	1	2	3	4
10.- Tengo apoyo de mis amigos.....	0	1	2	3	4
11.- Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
12.- Me siento satisfecha con la comunicación que tengo con mi familia acerca de mi enfermedad.....	0	1	2	3	4

13.- Me siento cerca de mi pareja (o de la persona quien es mi apoyo principal).....	0	1	2	3	4
14.- Me siento satisfecha con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

Bienestar Emocional

	Nada	No del todo	Un poco	Bastante	Demasiado
15.- Me siento triste.....	0	1	2	3	4
16.- Me siento satisfecha con la forma que afronto mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
17.- Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
18.- Me siento nerviosa.....	0	1	2	3	4
19.- Me preocupa morir.....	0	1	2	3	4
20.- Me preocupa que mi condición empeore.....	0	1	2	3	4

Bienestar Funcional

	Nada	No del todo	Un poco	Bastante	Demasiado
21.- Soy capaz de trabajar (incluso trabajo en el hogar.....	0	1	2	3	4
22.- Cumplo con mi trabajo (incluso con el del hogar.....	0	1	2	3	4
23.- Soy capaz de disfrutar la vida.....	0	1	2	3	4
24.- He aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
25.- Duermo bien	0	1	2	3	4

26.- Disfruto las cosas que hago usualmente para divertirme	0	1	2	3	4
27.- Me siento satisfecha con la calidad de vida que tengo ahora.....	0	1	2	3	4

Peguntas Adicionales

	Nada	No del todo	Un poco	Bastante	Demasiado
28.- Me ha faltado el aire para respirar.....	0	1	2	3	4
29.- Estoy preocupada con la manera de vestirme.....	0	1	2	3	4
30.- Uno o ambos de mis brazos están hinchados o sensibles.....	0	1	2	3	4
31.- Me siento sexualmente atractiva.....	0	1	2	3	4
32.- Estoy molesta por la pérdida de mi cabello.....	0	1	2	3	4
33.- Me preocupa que algún miembro de mi familia algún día pueda presentar la misma enfermedad que yo.....	0	1	2	3	4
34.- Estoy preocupada por los efectos que el estrés pueda tener en mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
35.- Estoy molesta por los cambios en mi peso a causa de la enfermedad	0	1	2	3	4
36.- Me siento como una mujer.....	0	1	2	3	4
37.- En algunas partes de mi cuerpo siento dolor...	0	1	2	3	4

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Calidad de vida socioemocional en mujeres mastectomizadas del hospital Materno Infantil de Irapuato Gto.

Justificación y Objetivos de Investigación

El cáncer de mama es una patología que va en aumento en la población por todo el mundo, cada vez son más las mujeres sometidas a una mastectomía para hacer frente a la enfermedad, una mastectomía para la mujer es una amenaza para su integridad, pues el seno es una característica que supone muchos significados, identificación femenina, maternidad etc. Afectando de manera directa la calidad de vida socio emocional, por lo que la investigación tiene como objetivo describir la calidad de vida socioemocional en la mujer mastectomizada; La ciudadana Diana Erendira Gómez Esquivel pasante de la licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Guanajuato, me ha invitado a participar en dicho proyecto de manera voluntaria.

Procedimiento

Sé que me han elegido por haber cursado por una mastectomía, si acepto participar contestare 2 cuestionarios el primero sobre datos sociodemográficos así como de características de mi enfermedad, el segundo sobre la calidad de vida que llevo, los cuales me demoraran cerca de 20 minutos.

Riesgos

Soy consciente que algunas preguntas me serán incómodas o pueden llegar a causarme estrés, por lo que tengo la opción de retirarme de la investigación si yo lo decido en ese momento.

Beneficios

Se me informa que este estudio es para realizar la obtención del grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia (Universidad de Guanajuato) por parte de

Diana Erendira Gómez Esquivel, por lo que entiendo que los datos proporcionados serán exclusivos de la investigación y para los fines que le convengan.

Confidencialidad

La autora de la investigación tendrá acceso a la agenda del consultorio para identificarme nombre, teléfono y diagnóstico por el que acudo a consulta, siendo esta la única vez en que ella maneje mis datos personales.

La información que yo proporcione será manejada de manera confidencial, dado que jamás se me pide, nombre.

Dudas

He sido informada que esta investigación fue aprobada por el comité de Ética del Hospital Materno Infantil de Irapuato en caso de tener dudas respecto a mi participación puedo comunicarme a la Oficina de enseñanza e investigación del mismo hospital con dirección Gustavo Díaz Ordaz 104, Malvas Revolución Irapuato Guanajuato, o al departamento de Enfermería y Obstetricia ubicado en Noria Alta s/n Guanajuato, Guanajuato, México con teléfono 4737320006.

Consentimiento

Se me ha explicado que tengo oportunidad de hacer preguntas que serán contestadas satisfactoriamente, así doy mi autorización para participar en este estudio.

Firma

Anexo 4

Abreviaturas

ACS	Sociedad Americana contra el Cáncer
CDI	Carcinoma lobular invasivo
DCIS	Carcinoma ductal in situ
DGSI	Dirección General en Información en Salud
FACT	Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast
FC	Factores de Crecimiento
IMR	Imágenes por resonancia magnética
INEGI	Instituto de Estadística Geográfica e Informática
IDC	Carcinoma Ductal
NIH	Instituto Nacional del cáncer de los Estados Unidos
OECD	
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAE	Real Academia Española
SSA	Secretaría de Salud