

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Percepción de la paciente mastectomizada sobre su
imagen corporal en el Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Evelyn Yovana Escobar Rodríguez

ASESORA

Juana Durand Barreto

Lima – Perú

2008

*Agradezco a mi alma
Mater UNMSM, mi
segundo hogar, por la
formación profesional
recibido en sus claustros.*

*A mi asesora Lic. Juana
Durand Barreto por su
constante apoyo,
orientación, asesoría
técnica y especializada,
dedicación brindada, en el
desarrollo y culminación de
la presente tesis, asimismo
por la estima y amistad, no
solo como alumnas, sino
también como personas.*

*Mi más sincero
agradecimiento a la
Licenciada Lili Alvendaño,
enfermera docente de la
EAP de Enfermería, por las
facilidades brindadas para
la realización
del presente estudio y
enseñarme que el ayudar
sin importar a quien es la
esencia de enfermería.*

*A la Lic. Esther Canchari
Candela docente de la
E.A.P. Enfermería por ser
un modelo a seguir como
enfermera docente y por
su permanente
motivación e incentivo
para el estudiante de
enfermería durante su
formación profesional*

*A las docentes de la EAP
de Enfermería, quienes a
través de sus enseñanzas
me inculcaron la esencia
de la profesión y el espíritu
de servicio haciendo de mi
una enfermera que ve al
ser humano como una
persona integral, y que
pretende ser agente de
cambio en la sociedad.*

*A las Enfermeras Jefas y
asistenciales del INEN de
los servicios de: Cirugía 4º
E y 5º E, Cirugía
Ambulatoria, Departamento
de Promoción de la Salud y
Control del Cáncer por su
apoyo incondicional
durante la realización del
presente estudio.*

Dedico este trabajo a Dios, por la vida y ser la luz que guía mis pasos, por las oportunidades que me ha brindado, por ayudarme en mis decisiones y hacerme fuerte en los momentos más difíciles de mi vida.

El más profundo agradecimiento a los seres que me dieron la dicha de vivir, a mis amados y excelentes padres: Guillermo y Estelita, por ser modelos de ejemplos, por su constante esfuerzo y lucha por hacer de mí una persona íntegra, por su apoyo incondicional, comprensión durante mi vida personal y profesional, su eterna confianza y amor y ser la fuerza motivadora para seguir superándome.

A mi madre por tenerme confianza plena, por nunca dudar de mí, por no perder sus esperanzas y creer que sí puedo asumir mis retos, por ser siempre una luchadora incansable y por enseñarme a serlo.

A mi padre por darme un ejemplo de vida, quien a su edad logró vencer a la enfermedad y aferrarse a la vida, y estar presente en este momento tan importante de mi vida la culminación de mis estudios universitarios.

A mis hermanos: Maximiliano, Wilson, Maria y Francisco por sus palabras de aliento, por depositar en mi toda su confianza y creer en mí al asumir el reto de ser una profesional.

A mi sobrina Katherine, por su apoyo incondicional, confiar en mí, saber escucharme y comprender y ser una buena hermanita y a la vez mi mejor amiga.

A una persona muy especial Juan Ramón, por brindarme en todo momento su cariño y apoyo incondicional, tenerme plena confianza, valorarme como persona y profesional, estar siempre presente en los momentos más importantes y difíciles de mi vida y por sus palabras de aliento.

Con mucho cariño a mis amigos por enseñarme lo maravilloso que es la vida universitaria, por sus consejos, por los momentos de felicidad y por sus palabras de aliento en todo momento.

Dedico esta tesis a todas las mujeres afectadas por el cáncer de mama que a diario luchan por su vida, por vencer a la enfermedad y aceptar el tratamiento y sus repercusiones, deseando que se acepten, se quieran, respeten y valoren como mujeres, madres y esposas, asimismo que siempre cuenten con el apoyo de sus parejas y familias.

INDICE

	Pág.
Índice de Gráficos.....	ix
Resumen.....	x
Presentación.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.....	54
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSION.....	59
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	76
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el INEN.....	61
2	Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en físico en INEN.....	63
3	Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto social en el INEN	65
4	Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto social en el INEN	67

PRESENTACIÓN

El Cáncer es uno de los problemas de Salud pública que a nivel mundial ha despertado mayor interés a la comunidad científica en la búsqueda por encontrar el tratamiento efectivo para el control de su avance y curación; toda vez que en los últimos años ha ocasionado una alta tasa de morbilidad a nivel mundial, sobre todo el cáncer de mama en la mujer, siendo la cirugía el tratamiento curativo más utilizado teniendo en cuenta el estadio en que se encuentra la enfermedad, considerándose la mastectomía, como el tratamiento electivo que ocasiona serias modificaciones en la imagen corporal de la paciente; el cual repercute en la dinámica familiar, laboral, personal, entre otras, trayendo como consecuencia cambios en la esfera física, psicológica y social, derivado de la incapacidad para adaptarse a las modificaciones que trae consigo, observándose en los servicios de oncología que las pacientes frente a la inminente intervención quirúrgica tienden a llorar, aislarse, mostrarse ansiosas, con miedo, temor; requiriendo por consiguiente de un soporte familiar y/o profesional que le ayuden a aceptarse a si misma, adaptarse y afrontar la nueva situación.

El presente estudio: “Percepción que tiene la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el INEN”, tiene como objetivo determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal, con el propósito de proporcionar un marco de referencia a la Institución hospitalaria, para la formulación y/o elaboración de Programas de Autoayuda y Rehabilitación a la paciente mastectomizada lideradas por Enfermeras, con la finalidad de favorecer su inserción en la sociedad y mejorar su calidad de vida. Asimismo promover a que las instituciones formadoras de profesionales de enfermería incorporen contenidos con el fin de brindar una atención más humana con enfoque humanístico integral, asegurando de esta manera la salud física y mental de la paciente y familia.

Consta de: Capítulo I Introducción, en el cual se expone el Planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema,

justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II Material y Método, en el que se incluye nivel, tipo y método, descripción del área, población, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III Resultados y Discusión. Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

RESUMEN

“PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS”

Los objetivos fueron: Determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 46 pacientes mastectomizadas que fueron intervenidas quirúrgicamente entre agosto – diciembre 2007. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un formulario tipo Escala de LicKert Modificada. En cuanto a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal del 100% (46), 54.35% (25) tienen una percepción desfavorable y 45.65% (21) favorable. En cuanto a la percepción desfavorable está determinada por los aspectos físico y social, lo favorable por el psicológico. Respecto a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico tenemos que 58.7% (27) tiene una percepción desfavorable y 41.3% (19) favorable. En cuanto al aspecto psicológico evidenciamos que 45.65% (21) tienen una percepción desfavorable, 54.35% (25) favorable. Con respecto al aspecto social 60.87% (28) tiene una percepción desfavorable y 39.13% (18) favorable. Por lo que la percepción de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal es en su mayoría desfavorable referida en el aspecto físico por no aceptar su nueva apariencia física, sentir que han perdido su lado femenino, no desear ver la zona, en el aspecto psicológico piensan que puede cambiar su relación de pareja, son más reservadas, y en el social por no agradales recibir visita de amigos, no sentirse preparadas para asistir a actividades sociales. Sin embargo existe un menor porcentaje pero muy significativo que presenta percepción favorable, determinada en el aspecto físico por preocuparse por su arreglo personal, por sentirse atractiva para su pareja, en el aspecto psicológico por aceptar con resignación la pérdida de su seno, no temer que su pareja rechace los efectos físicos, y en el aspecto social por no tener problemas de hablar de los resultados de la cirugía, no temor al rechazo de sus amigos

PALABRAS CLAVES. PERCEPCIÓN Y MASTECTOMÍA
IMAGEN CORPORAL
MASTECTOMÍA E IMAGEN CORPORAL
EFECTOS DE LA MASTECTOMÍA
PACIENTE MASTECTOMIZADA

ABSTRACT

"COLLECTION OF THE PATIENT ON MASTECTOMIZADA HIS BODY IMAGE IN THE INSTITUTE NATIONAL DISEASES NEOPLÁSICAS "

The objectives were to determine the perception of mastectomy patient on their body image in physical, psychological and social development. The study is level application, quantitative, cross-sectional method. The population was composed of 46 patients who mastectomized surgically implanted between August-December 2007. The technique used was the interview and the instrument was a standard form of Lickert Modified Scale. As for the perception of the patient mastectomy on her body image at 100% (46), 54.35% (25) have a negative perception and 45.65% (21) Pro. As for the unfavorable perception is determined by the physical and social aspects, favorable psychological. Regarding the perception of mastectomy patient on their body image in the physical aspect we need to 58.7% (27) have an unfavorable perception and 41.3% (19) Pro. As for the psychological aspect show that 45.65% (21) have a negative perception, 54.35% (25) Pro. With regard to the social aspect 60.87% (28) have an unfavorable perception and 39.13% (18) unfavourable. As far as the perception of mastectomized patients about their body image is mostly unfavorable referenced in physical appearance not to accept his new physical appearance, feel they have lost their feminine side, not wanting to see the area, in the psychological aspect think that can change your dating relationship, are quiet, and the social please not receive visits from friends, not feel prepared to attend social activities. But there is a lower percentage but highly significant that presents favorable perception, determined by the physical aspect worry about their self-improvement, by appealing to feel your partner in the psychological aspect to accept resignation with the loss of her breast, not fear that her partner reject the physical effects, and the social aspect because they have no problems to speak of the outcome of the surgery, no fear of rejection by their friends

KEYWORDS.

**PERCEPTION AND MASTECTOMÍA
BODY IMAGE
MASTECTOMÍA AND BODY IMAGE
EFFECTS OF MASTECTOMÍA
PATIENT MASTECTOMIZADA**

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

En los últimos años uno de los más grandes problemas de salud pública que afronta la comunidad científica en su afán por encontrar una alternativa terapéutica curativa son las enfermedades oncológicas, el cual constituye una de las principales causas de muerte. Tal es el caso que de los 58 millones de muerte que se registran en el mundo, en el 2005, 7.6 millones (13%) se debieron al cáncer. De las cuáles más del 70% de las muertes por cáncer registradas se produjeron en países de bajo y mediano ingreso. (1)

Dentro de las enfermedades oncológicas, tenemos que una de las más prevalentes es el cáncer de mama, considerándola entre la población femenina como la segunda causa de muerte, el cual se refleja en el hecho de que en “América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad”. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen 3 mujeres víctimas del cáncer de mama. (2)

En el Perú el cáncer es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas. Siendo el cáncer de mama la segunda causa de muerte en mujeres, luego del cáncer uterino. Sin embargo, en Lima Metropolitana constituye la primera causa con una incidencia aproximada de 32 por 100 000 mujeres. (3)

Hablar de cáncer es siempre una situación seria, sin embargo, y aunque quizá la mayoría de las mujeres no lo admitan, el cáncer de seno es especialmente aterrador porque se enfrenta a la posibilidad de la mutilación. Y aunque, algunas personas consideran que es mejor vivir sin algún miembro

del cuerpo que no vivir, la realidad es que los senos son una parte muy importante en la anatomía femenina.

Dentro de los diferentes tratamientos a los que son sometidas las mujeres que padecen cáncer de mama, la mastectomía constituye el tratamiento de elección para controlar la enfermedad en estadíos I y II. Según datos de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el 70% de mujeres sometidas a extirpación de mamas –la innombrable mastectomía– como consecuencia de un cáncer, experimentan algún tipo de trastorno mental: ansiedad y depresión que, en los casos más extremos, pueden terminar en suicidio. (4)

En la experiencia durante la práctica hospitalaria se ha podido observar que las pacientes luego de ser sometidas a una mastectomía producto del cáncer desarrollan sentimientos de: ansiedad, temor, tristeza, manifestados por llanto, aislamiento. Al interactuar manifiestan las siguientes expresiones: ¡No puede ser!, ¡No lo puedo creer!, ¿por qué me tuvo que pasar a mi?, ¿y después que me va a pasar?, ¡ya no voy a ser la misma?, ¡siento un vacío!, ¡y mi esposo sentirá este vacío?, ¿mi pareja me abandonará?, ¿yo era tan feliz con mi pareja y ahora como será?, ¡ya no le voy a gustar como mujer!, ¿y mi trabajo?, ¡mis compañeras se van a burlar de mi?, ¡ya no quiero trabajar!, ¡no quiero hablar del tema!, entre otras expresiones.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a esta situación se ha creído conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la percepción que tiene la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

C. JUSTIFICACIÓN

Siendo el enfermero profesional miembro del equipo de salud, encargado de brindar cuidado integral a la persona y familia, debe orientar y fortalecer la autoestima del paciente, mediante el uso de mecanismo de adaptación, previa identificación de sus sentimientos dudas y temores, contribuyendo a que la paciente acepte el resultado del tratamiento como parte del proceso de recuperación y/o restablecimiento de su salud, favoreciendo su adaptación a los efectos de la cirugía en lo que se refiere a la imagen corporal, contribuyendo de esta manera ayudar a la paciente a superar la crisis situacional por la que está cursando, en beneficio de la protección de su salud física y mental, con un enfoque integrador de los aspectos biopsicosociales y espirituales de la paciente.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

Objetivo General:

- ♦ Determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Objetivos Específicos:

- ♦ Identificar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico
- ♦ Identificar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico
- ♦ Identificar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto social

E. PROPÓSITO

El propósito está orientado a que con los hallazgos obtenidos se proporcione información real del problema a la institución que sirva como marco de referencia, para la formulación y/o elaboración de Programas de Autoayuda y Rehabilitación a la paciente mastectomizada lideradas por Enfermeras, con la finalidad de favorecer su inserción en la sociedad y mejorar su calidad de vida.

Asimismo que las instituciones formadoras de profesionales de enfermería incorporen contenidos al respecto con el fin de brindar una atención más humana con enfoque humanístico integral, asegurando de esta manera la salud física y mental de la paciente y familia, contribuyendo a disminuir las complicaciones psicosociales derivadas de los efectos de la mastectomía sobre la esfera biopsicosocial, y mejorar su calidad de vida.

F. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

Con la finalidad de tener mayores elementos teóricos se revisó literatura a nivel Nacional, encontrándose algunos antecedentes relacionados con el tema de investigación. Así tenemos que:

Elaine Missiaggia, en el 2004, en Lima realizó un estudio sobre: "Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con cirugía radical y de conservación, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins", cuyo objetivo fue: Describir la calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con intervención quirúrgica radical y de conservación. El método utilizado fue el no experimental o ex-post-facto de tipo correlacional. La población estuvo

conformada por 70 pacientes, de las cuales la mitad fue intervenida con cirugía radical y la otra mitad con cirugía conservadora. El instrumento utilizado fueron las pruebas IMEC y EORTC-QLQ-30. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“La mastectomía, por ser una experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que la sufre, dificultando la integración mental de la misma”.

“Ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de la pérdida”. (5)

Elizabeth Valderrama Torres en el 2003, en Lima, realizó un estudio sobre: “Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, cuyo objetivo fue: Establecer la relación entre imagen corporal y estrategias de afrontamiento de la mujer mastectomizada. El método utilizado fue el descriptivo. La población estuvo conformada por 52 pacientes. El instrumento utilizado fue el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE-Forma situacional. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“La mastectomía radical genera un sentimiento de ambivalencia emocional ya que protege el estado de salud de la mujer y al mismo tiempo es fuerte estresor que provoca reacciones de miedo a la muerte, a la alteración de la imagen corporal y al dolor”. (6)

Gustavo Adolfo Chirinos Arroyo, en 1995, en Lima realizó un estudio sobre “Niveles de ansiedad y depresión en las pacientes mastectomizadas y sus cónyuges que asisten al Programa de Rehabilitación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, el cual tuvo como objetivos: Determinar y describir los Niveles de Ansiedad y Depresión en las pacientes mastectomizadas y sus cónyuges, Establecer la relación que existe entre los Niveles de Ansiedad y Depresión con el grado de Instrucción y el número de

hijos de las pacientes mastectomizadas y sus cónyuges, Utilizó el método descriptivo exploratorio de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 parejas cuyas edades fluctúan entre los 25 a 60 años. Se aplicó la Escala de Autovaloración de la Ansiedad y Depresión de Zung. Las conclusiones entre otras a las que se llegó fueron:

“Los Programas de Rehabilitación no deben estar encaminados solo a la paciente, sino también a su cónyuge, es decir se debería tratar a las parejas en general como grupo, y en forma individual, porque el cónyuge es el factor individual más importante para ayudar a la paciente a recuperar su autoestima y adaptarse a su nueva imagen corporal”. (7)

Mónica Elena Salvador Carbonel y Viviana Rocío Colona Risco, en 1995, en Lima, realizaron un estudio sobre: “Efectividad del Modelo de Calixta Roy en la atención a las pacientes mastectomizadas en relación a su autoimagen, en el INEN”, el cual tuvo como objetivo: Determinar la efectividad del modelo de Calixto Roy en la atención a las pacientes mastectomizadas en relación a su autoimagen. El método utilizado fue experimental de doble diseño. La población estuvo conformada por 30 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un formulario y la técnica de entrevista. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron:

El Modelo de Adaptación de Calixto Roy es efectivo en el proceso de adaptación de las pacientes mastectomizadas en relación a su autoimagen es decir, disminuye las conductas negativas que enfrenta la paciente como consecuencia de su enfermedad”. (8)

Dentro de la literatura a nivel internacional, encontramos algunos antecedentes relacionados con el tema de investigación. Así tenemos que:

Pamela Alejandra Araya Aburto, Angela Lucía Yáñez Yáñez, en el 2006, en Chile, realizó un estudio sobre: “Evaluación de la Calidad de Vida de

pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer”, cuyo objetivo fue: describir la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer. El método utilizado fue el descriptivo. La población estuvo conformada por 159 pacientes. El instrumento utilizado fue el cuestionario *Short-Form Health Survey version 2 (SF-36v.2)*, adaptado para Chile. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“Existe una tendencia de medias mayores en el componente físico en pacientes más jóvenes, en las que no presentaron comorbilidad, por el contrario, en el componente mental, esta tendencia apunta a las de mayor edad, las que tenían además otras patologías”

“Ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de la pérdida”.

“Dentro de los antecedentes socioeconómicos, se vieron diferencias significativas y mayores puntajes del SF -36v.2 en las mujeres que percibían su situación económica como buena, y también en aquellas con educación superior, pero solo en la parte física” (10)

Romus, Minet y Timsit, en el 2005, en Francia, realizaron un estudio sobre “Impacto de la mutilación causada por una mastectomía radical en la imagen corporal, autorrepresentación e identidad femenina de pacientes de cáncer de seno”, cuyo objetivo fue determinar el impacto de la mastectomía radical en la imagen corporal, autorrepresentación e identidad femenina de pacientes de cáncer de seno. El método utilizado fue el descriptivo. La población estuvo conformada por 52 pacientes. El instrumento utilizado fue el cuestionario tipo Rorschach, examen psiquiátrico y otros tests. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“Las pacientes mastectomizadas experimentaron autorrepresentación regresiva, negativa, rechazo,

ansiedad de castración, negación y miedo de ser abandonadas por sus parejas”. (12)

Priscila Andrea Narváez Pinochet, en el 2004, en Valdivia - Chile, realizaron un estudio sobre: “Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama, en el Hospital Clínico Regional de Valdivia”, el cual tuvo como objetivo: Comprender las vivencias que experimentan las mujeres con diagnóstico reciente de Cáncer de Mamas en su entorno biosicosocial. El tipo de investigación es cualitativa de trayectoria fenomenológica. La población estuvo conformada por 8 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario con preguntas norteadoras y la técnica de entrevista. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron:

“La difícil aceptación de la enfermedad se da con mayor fuerza en mujeres con gran necesidad de independencia ya que, necesitan reafirmar dicha condición a través de una buena percepción de salud, negando cualquier situación de enfermedad, por ello, se debaten en constantes contradicciones como el miedo, la preocupación por las posibles metástasis para luego, negar la presencia de la enfermedad argumentando la ausencia de síntomas físicos. Además, mujeres con un diagnóstico tardío que sólo pueden acceder a un tratamiento paliativo, la aceptación se vuelve un proceso más doloroso aún. Finalmente, todas convergen en que debe aceptarse por ser voluntad de Dios”.

“La Mastectomía juega un rol fundamental en este dificultoso proceso, las mamas representan para la mujer en general, símbolos primarios de feminidad, de maternidad y su pérdida puede conducir a alteraciones en la esfera psicológica, social y sexual”.

“El impacto familiar se vive con mayor fuerza cuando las mujeres son jefas de hogar, ya que el Cáncer que las aqueja significa para ellos la pérdida de la estabilidad”. (9)

Raimunda Magalhaes da Silva, Almerinda Holanda Gurgel, en el 2002, en Riberao Prieto - Brasil, realizaron un estudio sobre: “Beneficio de la

terapia grupal en la rehabilitación de las mujeres mastectomizadas del Grupo de Enseñanza, Pesquisa, Autoayuda y Asistencia a la Mujer Mastectomizada, cuyo objetivo fue: Determinar el beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de las mujeres mastectomizadas. El método utilizado fue el descriptivo tipo exploratorio. La población estuvo conformada por 17 pacientes. El instrumento utilizado fue lista de chequeo y la técnica la observación. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron:

“El cambio drástico que ocurre en el diario vivir de las mastectomizadas después de la confirmación del diagnóstico de cáncer, causando desequilibrio emocional, haciendo necesario mantener de los niveles de actividad para curvas decrecientes del potencial funcional y emocional y así aumentar la satisfacción por vivir la vida”.

“La rutina de las mujeres estudiadas, fue aprendida con actividades que permitieron y ayudaron en la expresión de sentimientos y en el cambio de experiencias. La libre expresión de los sentimientos es muy importante para la salud, siendo primordial para la creación de una atmósfera saludable, y para ayudar al paciente a fortalecerse psicológicamente y poder readaptarse y rehabilitarse”.

“Por otro lado se observó una serie de cambios que pueden ser atribuidas a las actividades grupales, tales como una mejoría en la apariencia física y en los cuidados personales, cambios de actitud, aumento en la independencia funcional, mejora de los síntomas físicos y en la calidad de vida de esas mujeres. El grupo proporcionó oportunidades para la socialización y la comunicación”. (11)

Por lo revisado anteriormente podemos evidenciar que existen estudios previos sobre el tema pero no se ha encontrado alguno relacionado con la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal, razón por la que se consideró importante realizar un estudio sobre este tema.

2. BASE TEÓRICA

Con la finalidad de dar sustento a los hallazgos se presenta a continuación la base teórica.

2.1. GENERALIDADES SOBRE CÁNCER DE MAMA

2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

Uno de los problemas de salud pública que en los últimos años ha causado gran preocupación a la comunidad científica esta dado por las enfermedades neoplásicas, dentro de los cuales el cáncer de mama constituye una de las enfermedades de mayor incidencia que se caracteriza por el crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido.

El cáncer es una enfermedad que cada año cobra miles de vidas en el país. Así lo demuestra un reporte del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el que se indica que cada año se diagnostican entre 38 mil y 40 mil nuevos casos de cáncer y cerca de 15 mil peruanos mueren como consecuencia de los distintos tipos de neoplasias. (13)

El cáncer constituye la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas, convirtiéndose rápidamente en un importante problema de salud pública para el mundo subdesarrollado; los cuales deben enfrentar el problema del cáncer teniendo en cuenta sus propias realidades sociales y económicas. Para abundar más, la mayor proporción de la incidencia global -61% de los casos de cáncer-, corresponde a los países del mundo en desarrollo disponiendo solamente del 5% de los recursos económicos para atender las necesidades de su población. (14)

En cuanto a la epidemiología el cáncer de la glándula mamaria constituye una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer,

causante de una alta tasa de mortalidad. En 1996, en Estados Unidos (EEUU) se presentaron 183 000 nuevos casos y 46 000 muertes por cáncer de mama. (15)

En Perú, según el registro del año 1978, el cáncer de mama ocupaba el tercer lugar en incidencia y mortalidad después del cáncer de cuello uterino y cáncer de estómago. En 1991 ocupa el segundo lugar, y en 1998, el cáncer de mama ha pasado a ocupar el primer lugar en incidencia y mortalidad en el Departamento de Lima, seguido por el cáncer de cuello uterino y cáncer gástrico (fuente: Registro de cáncer de Lima Metropolitana) (16).

Santos Ortiz precisó que en provincias, la neoplasia de cuello uterino es la más frecuente, mientras que en Lima, el cáncer de mama ocupa el primer lugar. Sin embargo, dijo que en nuestro país, dentro de las muertes por cáncer, primero se ubica la neoplasia de mama, luego la de estómago y en tercer lugar la de cuello uterino (17)

Un grave problema en nuestro medio constituye el diagnóstico tardío de la enfermedad. En el Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Lima, solo el 10% de las pacientes tiene un cáncer precoz (estadíos clínicos 0 y I), el 42% acude en estadio II y el 48% restante en estadíos inoperables III y IV (18).

2.1.2. ETIOLOGÍA

La razón específica por la cual se produce cáncer de seno permanece desconocida. Pero, estudios genéticos en los últimos años auguran mayor comprensión de la enfermedad. El cáncer de seno, como la mayoría de los tumores malignos, resulta de la acumulación de trastornos genéticos que producen cambios en las células, haciéndolas capaces de proliferar y diferenciarse de manera autónoma, además de ser inmortales, pues las células normales están programadas para morir al cabo de un tiempo determinado, el que se ve postergado por los trastornos genéticos causantes

de cáncer. Células con estas características se multiplican indefinidamente, de manera desordenada, generando un tumor.

El cáncer de seno es más frecuente en los países desarrollados y en las áreas urbanas que en las rurales. Ello apunta a factores ambientales y estilos de vida. Pero al mismo tiempo, se ha observado que en 5%-10% de los casos hay historia familiar, lo cual sugiere una susceptibilidad genética (mutaciones heredadas), que de hecho se han corroborado con el descubrimiento de los genes BRCA-1 y BRCA-2, que con mucha frecuencia se asocian con cáncer de seno y ovario, de presentación familiar.

2.1.3. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos, y son debidos a formaciones fibroquísticas.

El quiste es como una bolsa llena de líquido y la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo. La fibrosis no aumenta el riesgo de desarrollar un tumor y no requiere de un tratamiento especial. Los quistes, si son grandes, pueden resultar dolorosos. La eliminación del líquido con una punción suele hacer desaparecer el dolor. La presencia de uno o más quistes no favorece la aparición de tumores malignos.

Los tumores benignos están relacionados en su mayoría con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero no se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar donde se produce el crecimiento anormal de las células y el estadio del mismo. Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario.

Los tipos de cáncer de mama se clasifican en:

Carcinoma ductal in situ se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad 'pre maligna' puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

Carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

Carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

Carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.

Carcinoma inflamatorio es un cáncer poco común, tan sólo representa el 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

2.1.4. ESTADIOS DEL CÁNCER

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la

mujer. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM:

* La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos

* La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

* La letra **M**, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del 0 al IV.

ESTADÍO 0: CÁNCER DE SENO NO INVASIVO O IN SITU:

Carcinoma Ductal *in situ* (DCIS): las células cancerosas están localizadas dentro de un conducto y no han invadido el tejido adiposo circundante del seno.

Carcinoma Lobulillar *in situ* (LCSIC): También se le llama neoplasia lobular y a veces se clasifica como cáncer de seno en etapa 0. Las células anormales crecen dentro de los lobulillos (glándulas que producen leche), pero no atraviesan las paredes de los mismos. La mayoría de los especialistas en atención de los senos no consideran a este tipo de carcinoma un verdadero cáncer de seno.

ESTADÍO I:

El diámetro del tumor es 2 cm (aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada) o menos y no se ha propagado a los ganglios linfáticos de la axila.

ESTADÍO II:

El tumor mide más de 2 cm. pero no más de 5 cm., se ha propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo en el mismo lado en el que se encontró el cáncer, o ambos. Los ganglios linfáticos no están adheridos entre sí ni a los tejidos circundantes.

ESTADÍO III:

La etapa III está dividida en las sub etapas IIIA y IIIB.

ESTADÍO IIIA:

El o los tumores miden de 5 cm. (más de 3 pulgadas) de diámetro, se han propagado a los ganglios linfáticos (que están adheridos entre sí o al tejido circundante) o ambas situaciones están presentes.

ESTADÍO IIIB:

En esta etapa se incluye al cáncer de seno de cualquier tamaño que se ha propagado a la piel, a la pared del tórax o a los ganglios linfáticos mamarios internos (ubicados debajo de los senos y dentro del tórax).

ESTADÍO IV:

Cáncer que, independientemente de su tamaño, se ha propagado (ha hecho metástasis) a lugares distantes, como huesos o pulmones, o a los ganglios linfáticos alejados del seno.

2.1.5. FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo tenemos:

- ♦ Género. Las mujeres tienen una mayor probabilidad que los hombres de padecer cáncer de mama. Esta enfermedad ocasiona el 31% del total de casos de cáncer invasivo en las mujeres y menos del 1% en los hombres.
- ♦ Edad. La incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres mayores de 40 años, el 80% en mujeres de 50, es decir el cáncer de mama predomina en las mujeres peri y post menopáusicas.
- ♦ Antecedentes personales de cáncer. Un diagnóstico previo de cáncer mamario aumenta el riesgo de una mujer de padecer un segundo tumor en la mama opuesta (contralateral). Además, los antecedentes de cáncer primario ovárico o endometrial se asocian con un riesgo mayor de cáncer mamario.
- ♦ Antecedentes familiares de cáncer y genética. Las mujeres con un antecedente familiar de cáncer de mama en una pariente de primer grado (madre, hermana o hija) tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor que la población general. Este riesgo aumenta si el cáncer se presenta antes de la menopausia y es bilateral.
- ♦ Menarquía precoz y menopausia tardía. La menarquía precoz (antes de los 12 años) y la menopausia tardía (después de los 50 años) se asocian con un mayor riesgo. Los estudios han demostrado que el riesgo aumenta a medida que el intervalo entre la menarquía y la menopausia se prolonga, ya que a mayor tiempo de exposición al tejido glandular a los estrógenos, mayor es la división celular, aumentando el riesgo a presentar cáncer mamario. Por consiguiente cuanto mayor es el número de años de actividad menstrual, mayor será el riesgo de cáncer mamario.
- ♦ Historia reproductiva: el hecho de no tener hijos (nuliparidad) o presentar el primer embarazo a término después de los 30 años incrementan el riesgo en la mujer. El riesgo es mayor en las mujeres que retrasan la concepción que en las nulíparas. Se ha demostrado que la concepción a una edad precoz (antes de los 20 años) tiene un efecto protector, se desconoce el mecanismo subyacente, pero es muy probable que se deba a cambios en el tejido mamario o a las hormonas, que lo hacen menos susceptibles a los tumores.

- ♦ Lactancia. Conforme aumenta el número de meses de lactancia, aparece una reducción asociada con el riesgo de cáncer mamario, debido a que la lactancia tiene un efecto inhibitorio contra la función ovárica.
- ♦ Obesidad y grasa en la dieta. Se ha demostrado que la obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer mamario en las mujeres posmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima necesaria para obtener estrona y estradiol a partir de sus precursores. En consecuencia las mujeres obesas pueden tener niveles más altos de estrógenos circulantes que pueden afectar células cancerosas en la mama dependiente de hormonas. además, se ha observado que la obesidad se relaciona con niveles más bajos de globulina fijadora de hormonas sexuales, la cual normalmente fija el estradiol y podría prevenir la estimulación de las células cancerosas de la mama.

Entre los factores relacionados con el estilo de vida esta dado por:

- ♦ Uso prolongado de anticonceptivos. Los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama, aunque se encuentra una importante incidencia entre mujeres que han usado anticonceptivos orales, claro que los estudios al respecto no son del todo concluyentes.
- ♦ Terapia hormonal sustitutiva. Se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes.
- ♦ Alcohol. Está claramente vinculado al riesgo elevado de cáncer de mama.
- ♦ Asimismo el sedentarismo, la ausencia de ejercicio físico.

2.1.6. SÍNTOMAS

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa,

el dolor también se presenta en otras localizaciones siendo los miembros superiores el principal seguido por el dolor axilar, óseo y torácico.

El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de los axilares pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Otros signos que pueden aparecer son:

- ◆ Dolor o retracción del pezón
- ◆ Irritación o hendiduras de la piel
- ◆ Inflamación de una parte del seno
- ◆ Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- ◆ Secreción por el pezón, presentándose un mayor porcentaje de secreción hemática, serosa y poca cantidad de secreción láctea sobre todos en las neoplasias dependientes de hormonas.

2.1.7. DIAGNÓSTICO

El cáncer de mama se origina más a menudo en el cuadrante superior externo, sitio en el que hay más tejido mamario. Los tumores mamarios, en particular los cancerosos, suelen ser asintomáticos y se descubren sólo

mediante examen físico, mamografía y ecografía mamaria. Siendo el método más efectivo y realmente de diagnóstico precoz la mamografía.

Los cánceres mamarios de crecimiento lento se pueden identificar mediante mamografía por lo menos dos años antes que la tumoración alcance un tamaño perceptible a la palpación. De hecho la mamografía es el único método reproducible para detectar el cáncer mamario no palpable. Sin embargo, su uso preciso requiere equipo modernizado y un radiólogo capacitado. Para obtener buenas imágenes se necesita compresión completa de la mama, y debe advertirse a las pacientes que ésta resulta ser molesto, doloroso e incomodo. (19)

El auto examen de la mama incrementa el descubrimiento del cáncer de dicha glándula, y puede mejorar la supervivencia de las pacientes que experimentan carcinoma mamario. De hecho la mayor parte de los cánceres mamarios los palpa por primera vez la paciente en vez de hacerlo el médico. Aunque las mujeres jóvenes tienen una incidencia baja de cáncer mamario, es importante enseñarles el auto examen a edad joven, de modo que se convierta en un hábito para ellas. La mujer debe inspeccionarse las mamas mientras está de pie o sentada, delante de un espejo, en busca de asimetría, hoyuelos en la piel, o retracción del pezón. Al elevar las mamas sobre la cabeza o ejercer presión con éstas sobre sus caderas para contraer los músculos pectorales, se pondrán de manifiesto los hoyuelos cutáneos anormales. Mientras está de pie o sentada, debe palpase con cuidado las mamas mediante los dedos de la mano opuesta. Puede hacerlo mientras se está bañando, porque jabón y agua incrementan la sensibilidad a la palpación. Por último, debe recostarse y palpase de nuevo cada cuadrante de las mamas lo mismo que cada axila.

“La mamografía y el examen físico, modalidades estándar de detección, son complementarias. Anteriormente todos lo cáncer de mama se descubrían como tumor palpable. Sin embargo, 10 a 50% de los cánceres detectados por mamografía no son palpables. En contraposición se detectan

por examen físico de 10 a 20% de los cánceres que no se ven en la mamografía. El propósito del estudio es detectar cánceres cuando son pequeños (<1cm) y tienen el potencial más alto de curación quirúrgica.

Se recomienda que todas las mujeres se practiquen una mamografía a partir de los 40 años junto con examen clínico y auto examen mamario de reconocimiento anual". (22)

El diagnóstico de cáncer mamario depende, finalmente, del examen del tejido resecado mediante biopsia, sometido a examen microscópico de corte por congelación justo antes de decidir el tratamiento a seguir, ya que no se efectuará ningún tipo de tratamiento sin un diagnóstico histológico inequívoco de cáncer.

2.1.8. TRATAMIENTO

El tratamiento para el cáncer de mama puede ser curativo o paliativo. El curativo es aconsejable para la enfermedad en etapas clínicas I y II. El tratamiento sólo puede ser paliativo para las pacientes en etapa IV y para aquellas con tratamiento que presentaron metástasis distantes o recidiva local o erradicable.

Los procedimientos curativos son la cirugía, la radioterapia y la asociación de ambas con quimioterapia. Los procedimientos paliativos incluyen cualquiera de los mencionados y la hormonoterapia en las etapas avanzadas.

Entre el tratamiento de cirugía más usado tenemos a la mastectomía, la cual puede ser de diferentes tipos, entre ellos:

- 1) Mastectomía radical. La resección incluye la glándula mamaria, tejido celular subcutáneo, piel músculos pectorales, ganglios axilares y grasa que los rodea en un solo bloque. La disección axilar se extiende del ligamento romboide, que es la inserción medial del músculo subclavio en

la primera costilla y su cartílago hasta el borde lateral del músculo subescapular. El límite superior de la disección lo forma la vena axilar. Este tipo de mastectomía está indicada en:

- ♦ Etapas clínicas I, II, IIIa.
- ♦ Metástasis en el ganglio interpectoral de Rotter.
- ♦ Rescate después de falla del tratamiento conservador de la mama.
- ♦ Etapas III después de quimioterapia o radioterapia.

2) Mastectomía Radical modificada. Es la técnica radical más utilizada actualmente, consiste en la extirpación en bloque de la glándula mamaria, tejido celular y piel suprayacente. Músculo pectoral menor, ganglios y grasa axilar. E conserva el pectoral mayor para obtener un mejor resultado cosmético. Está indicado en:

- ♦ Etapas clínicas I y II cuando el ganglio interpectoral es normal
- ♦ Rescate después de fallas al tratamiento conservador de mama.

3) Mastectomía total Simple. Consiste en la resección completa de la glándula mamaria con una elipse de piel subyacente que incluye el complejo areola – pezón. Está indicada en los siguientes casos:

- ♦ En carcinoma in situ cuando hay multicentricidad, alteraciones nucleares o necrosis.
- ♦ Mastectomía paliativa de limpieza para eliminar paliativamente, lesiones neoplásicas ulceradas localizadas en la mama.

Durante la operación, el cirujano también extirpa los linfonodos de la axila, ya sea parcial o totalmente, porque la única manera de saber si el cáncer ha empezado a extenderse (metástasis) es examinar estos linfonodos en el microscopio. Si aparecen células malignas, se necesitará un tratamiento adicional, ya sea con quimioterapia o bien con radiaciones. En este procedimiento llamado disección axilar, en los últimos casos se ha introducido una nueva técnica, llamada estudio de ganglio centinela, que permite hacer una evaluación del estado de los linfonodos. Se ha dado el nombre de ganglio centinela al primer linfonodo que recibe el drenaje linfático de un área

específica de la mama. Éste es el linfonodo que con alta probabilidad recibe las metástasis provenientes de la zona mamaria en donde está el tumor, por lo tanto, en el caso de resultar negativo para células neoplásicas evita la disección axilar clásica.

Otro tipo de tratamiento es la radioterapia que consiste en el empleo de radiaciones ionizantes para evitar la proliferación celular. Éste puede ser el único tratamiento utilizado para combatir la enfermedad, aunque como consiste en un tratamiento locorregional, se ha generado la necesidad de asociarla a otras intervenciones con el objetivo de aumentar la probabilidad de control tumoral. También se utiliza para controlar el cáncer cuando es imposible su extirpación o como método profiláctico para evitar la infiltración leucémica del encéfalo o médula espinal. La radiación paliativa se administra a menudo para aliviar los síntomas de la metástasis.

Sin embargo, es importante mencionar que este tratamiento, al usar rayos de alta energía para destruir las células cancerosas, produce ionización de los tejidos orgánicos, lo que genera una serie de fenómenos que se traducen en efectos adversos inmediatos o tardíos. En el tratamiento del cáncer de mama con radioterapia, la complicación aguda más frecuente es la epidermitis en los campos irradiados, presentándose la piel roja, seca y sensible, además del cansancio que experimentan las pacientes, especialmente al término del tratamiento. Estos efectos sobre la piel son pasajeros, y el área se cura gradualmente una vez que ha terminado el tratamiento, sin embargo, es posible que haya un cambio permanente en el color de la piel.

La Quimioterapia es el tratamiento que consiste en la administración de fármacos antineoplásicos llamados citostáticos, que provocan la destrucción de las células tumorales al obstaculizar sus funciones incluidas de división celular, impidiendo la reproducción de las células cancerosas. Se emplea ante todo para el tratamiento de neoplasia generalizada, la

combinación con la radioterapia esta mentada a disminuir la masa tumoral en el preoperatorio y destruir células neoplásicas residuales del post operatorio.

No obstante, esta terapia tiene una gran limitación: su escasa especificidad, su mecanismo de acción provoca una alteración celular, por lo cual es lógico que afecte a otras células y tejidos, especialmente a los que se encuentran en división activa, por lo que no está exenta de efectos colaterales no deseados tanto agudos, tardíos y/o crónicos; siendo los principales la mielo-depresión (leucopenia, trombopenia, anemia), alteraciones cutáneas (exantema, alopecia), alteraciones gastrointestinales (vómitos, náuseas, diarrea), fibrosis pulmonar, miocarditis y a veces daño ovárico, dejando de producirse hormonas, experimentándose síntomas de menopausia. Sin embargo, a veces pueden presentarse sólo algunos síntomas o incluso ninguno de ellos, provocando así una serie de cambios fisiológicos en la paciente afectando el estado psicológico y psíquico de la misma. Es por eso que los pacientes cancerosos deben aprender a superar innumerables cambios desde que se enteran del diagnóstico hasta lograr la aceptación a su nueva imagen corporal.

2.1.9. REACCIONES EMOCIONALES EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD:

La enfermedad oncológica no se reduce a un momento en la vida de la persona, sino que es un proceso que comienza con el diagnóstico y sigue con los tratamientos. A su finalización, algunas pacientes presentarán remisión de la enfermedad. En otros se producirá una recidiva de la enfermedad (aparición de la enfermedad después de un periodo más o menos largo de remisión). Cuando no puede controlarse la enfermedad y ésta avanza, se llegará a la fase terminal de la misma. A continuación abordamos el impacto y las consecuencias emocionales que cada una de estas fases representa para el paciente.

Diagnóstico: El diagnóstico de cáncer es un hecho altamente estresante para la mayoría de las personas, siendo una de las experiencias más

complejas y temidas en nuestra sociedad actual. Es uno de los momentos de mayor tensión, difícil emocionalmente, es el momento donde se confirma la sospecha y la persona se identifica con su papel de enfermo. Preguntas como “¿por qué a mí?”, “¿por qué me pasa esto ahora?”, “¿qué he hecho?”, etc, suelen ser frecuentes en estos momentos. (23)

Ser diagnosticado de cáncer produce una serie de sentimientos que en su inicio son de shock, confusión, negación, incredulidad...que darán paso a otros sentimientos como: incertidumbre, tristeza, rabia, angustia, desamparo.

Las etapas psicológicas por las que pasa una persona cuando tiene que enfrentarse a un diagnóstico de cáncer son similares a las descritas por E. Kübler-Ross (1975) cuando una persona tiene que enfrentarse a la muerte:

- Negación
- Ira
- Negociación-regateo
- Depresión
- Aceptación.

No siempre se pasa por todas las etapas y el orden puede alterarse, en algunos casos pueden darse simultáneamente, por ejemplo, la rabia y la tristeza. Estas etapas forman parte del proceso de adaptación a la enfermedad y aunque comienzan en el diagnóstico pueden extenderse hasta la fase de tratamiento.

Tratamiento: La terapias que habitualmente se utilizan en el tratamiento del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia) son agresivas, con múltiples efectos secundarios difíciles de entender por el paciente, puesto que, en algunos casos, a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y psíquico en lugar de una mejoría, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad.

Reacciones emocionales como ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad e invalidez, son consecuencia de los tratamientos.

Haremos una breve reseña de los efectos psicosociales de cada tipo de tratamiento:

La Cirugía es un fuerte estresor en si misma, por el miedo a la anestesia, al dolor, a la muerte durante la misma y por sus consecuencias, dependiendo de su localización y de la pérdida funcional correspondiente. Ejemplo: la mastectomía, entre otras.

La Radioterapia, en general, ocasiona menos problemas psicológicos que la cirugía y la quimioterapia, durante la misma pueden apreciarse respuestas emocionales de carácter ansioso, acompañadas de sentimiento de miedo y hostilidad, como consecuencia del contacto con la máquina, la forma de administración del tratamiento y el temor a los fallos técnicos.

La Quimioterapia, por sus efectos secundarios, náuseas y vómitos, fatiga, alopecia, neuropatías, anorexia, etc, es normalmente mal tolerada psicológicamente por los pacientes que presentan síntomas de ansiedad, depresión, dificultad de concentración, baja autoestima, entre otros.

En general, los tratamientos afectan al paciente en tres áreas fundamentales de su funcionamiento: social, físico y psicológica, provocando diferentes alteraciones, entre las que cabe destacar:

- Modificación de la vida cotidiana
- Pérdida de control
- Hospitalización
- Sentimientos de ineficacia
- Modificación del funcionamiento profesional
- Amenazas a la autoestima
- Dificultades en las relaciones sexuales

Remisión: La terminación de los tratamientos y la no evidencia de enfermedad es el periodo considerado como remisión o periodo libre de enfermedad.

Físicamente es el momento en que comienza la recuperación; poco a poco van remitiendo los diferentes síntomas que se han podido presentar durante los tratamientos. Esta recuperación en algunas ocasiones no es entendida por el paciente, que piensa que una vez finalizado el tratamiento se va a sentir bien, “como antes”, y esto no es así, es una recuperación más lenta de lo que desearían los enfermos.

En cuanto a los aspectos sociales, existe un cierto temor al rechazo social. Algunos pacientes pueden sentirse diferentes, en cierta forma “estigmatizados” por haber tenido cáncer, lo que puede hacerles sentirse inseguras y tener dificultades en su incorporación laboral y social.

Psicológicamente puede ser un momento problemático. El paso del “status” de enfermo a persona sana no siempre es fácil. En la práctica cotidiana, es frecuente encontrarnos con pacientes que se sienten asustados, indefensos, inseguros, surgen preguntas como ¿y ahora que voy a hacer?, ¿si me pasa algo a quién se lo digo? Ya no es un enfermo, pero todavía no es una persona “normal”.

Esta fase se caracteriza por sentimientos de vulnerabilidad y de incertidumbre acerca del futuro. Es el momento donde puede aparecer con mayor intensidad el miedo a la recaída, es lo que conocemos como “Síndrome de Damocles”: es una entidad psicológica única en la experiencia de los supervivientes, es el miedo a que la enfermedad vuelva. Este miedo se intensifica cuando el paciente tiene que acudir a las revisiones y se traduce en gran ansiedad, dificultad para concentrarse, para dormir. También el miedo y la ansiedad se intensifican ante cualquier sintomatología física ya que es inevitable asociarlo con la presencia de la enfermedad.

Recidiva: Hablamos de recidiva o recurrencia cuando la enfermedad reaparece tras un intervalo libre de la misma. Esta situación trae consigo grandes repercusiones físicas y sobre todo psicológicas, es el primer signo de que el tratamiento médico está fallando. El paciente se da cuenta que su situación empeora y que las posibilidades de tratamiento están más limitadas. Supone comenzar de nuevo los tratamientos, que pueden ser similares o distintos a los ya recibidos, lo que implica volver a pasar por los efectos físicos y psicológicos de los mismos.

Desde el punto de vista psicológico, es una de las situaciones más difíciles de manejar terapéuticamente. Es frecuente encontrarnos a un paciente con rabia, sentimiento de fracaso, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, desconfianza, rasgos depresivos, siendo la indefensión –ante la falta de control de la enfermedad-, y como consecuencia la depresión, las emociones son más predominantes y de mayor intensidad.

Cuando se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes son capaces de afrontar de forma adecuada la situación, poco a poco va disminuyendo la intensidad de sus emociones y pueden poner en marcha sus recursos adaptativos. (24)

Terminal: El paciente en fase terminal es aquél con enfermedad avanzada, en progresión y con un pronóstico vital limitado. Los Programas de Cuidados Paliativos consideran que los parámetros que definen esta fase son: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable; escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo; presencia de problemas o síntomas intensos y pronóstico vital limitado, entre otros).

Los problemas a los que habitualmente se enfrenta el paciente en situación terminal son tanto físico como psicoemocionales. En este momento de la enfermedad, como en los anteriores, tiene que enfrentarse a una serie de situaciones y emociones:

- Conciencia de la gravedad de la enfermedad
- La falta de estímulos, de relaciones sociales.
- Aumento de celo, de sobreprotección de los cuidadores.
- “Conspiración de silencio”.

Las reacciones emocionales en esta fase vienen determinadas por la conciencia de la situación que el paciente tenga. El tipo de afrontamiento que se da en cada momento depende de las circunstancias de la enfermedad y de las características del enfermo. Cada persona vive su fin de un modo único que depende no sólo de su personalidad y recursos personales, sino también de las características físicas de la enfermedad, muerte a la que se enfrenta y de los recursos que el entorno cercano le ofrece. En definitiva, la adaptación depende de:

- a) Las características del paciente: personalidad premórbida, edad, historia de vida y aprendizaje, estilo de vida, enfermedad psiquiátrica previa, etc.
- b) Naturaleza de la enfermedad y tipo de muerte: tiempo de evolución, afectación de la autonomía, deterioro de la apariencia personal, síntomas distresantes, dificultades para la comunicación
- c) Entorno: atención prestada por la familiar (sobreimplicación, no implicación, incapacidad para resolver problemas cotidianos) y equipo asistencial. (25)

Se estima que una gran parte de los pacientes logra adaptarse a la situación de enfermedad y muerte, pero no quiere decir que se consiga fácilmente. El proceso es doloroso, largo y con dificultades y debe convertirse en objetivo asistencial.

Como vemos, desde el diagnóstico hasta la fase terminal, el paciente oncológico tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes que ocasionan alteraciones emocionales de distinta índole e intensidad. En todo el proceso es fundamental el papel de la familia, el apoyo que pueda proporcionarle, así como el equipo asistencial que atiende al enfermo.

Intervención de Enfermería en las diferentes fases del Cáncer de mama

El objetivo fundamental de las distintas intervenciones de enfermería es que el paciente oncológico mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico. En general, las intervenciones de enfermería que se realizan a lo largo de la enfermedad son múltiples y van encaminadas a ayudar al paciente a afrontar el diagnóstico y los efectos del tratamiento, reducir la ansiedad, disminuir la incertidumbre, aislamiento, indefensión, fomentar una actitud más participativa en la recuperación posterior y clarificar percepciones e informaciones erróneas.

Como conclusión y resumen, recordar el abordaje e intervención de la enfermera en la esfera biopsicosocial en cada una de las fases por las que pasa el enfermo oncológico a lo largo de la enfermedad:

a) Diagnóstico: la tarea más importante es trabajar las creencias negativas del significado de la enfermedad; amortiguar el impacto del diagnóstico; apoyo a las necesidades emocionales, sociales y espirituales del enfermo y la familia y facilitar la percepción de control sobre la enfermedad.

b) Tratamiento: facilitar la adhesión al tratamiento; tolerancia y control de los efectos secundarios del tratamiento.

c) Remisión: facilitar la expresión de miedo y preocupaciones ante la recaída; proceso de adaptación a la vida cotidiana, familiar y laboral.

d) Recidiva: expresión de las emociones: rabia, tristeza, miedo, etc; trabajar proceso de adaptación al nuevo estadio de la enfermedad.

e) Terminal: colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, detección y afrontamiento de problemas psicológicos como ansiedad, depresión, dificultades en la comunicación entre el enfermo y la familia;

detectar y atender las necesidades espirituales, acompañar a la persona en el proceso de morir y con los familiares prevención del duelo patológico.

2.1.10. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN FRENTE AL CÁNCER DE MAMA

El trabajo del equipo de Watson y Colbs., ayudó a identificar cinco estrategias de afrontamiento y su influencia en la enfermedad, éstas son:

- Espíritu de Lucha: el paciente percibe la enfermedad como un desafío y tiene una actitud positiva hacia el resultado. Manifiesta estar dispuesto a hacer todo lo posible por superar la enfermedad y realiza una búsqueda activa de información sobre la misma.
- Negación: el paciente evita el impacto de la enfermedad negando la misma y redefine cualquier evidencia sobre su diagnóstico. Los pacientes no muestran o expresan malestar emocional.
- Fatalismo: es una actitud de aceptación pasiva y estoica de la enfermedad. Asumen la escasa posibilidad de control de la enfermedad y la aceptan estoicamente.
- Indefensión y desesperanza (desamparo): el paciente se considera desde el primer momento desahuciado y sobrepasado por la amenaza del cáncer. Ausencia de estrategias activas y de esperanza de salir de la situación.
- Preocupación ansiosa: el paciente se preocupa obsesivamente acerca de lo que puede suceder e identifica sus síntomas como empeoramiento. La búsqueda compulsiva de reasegurarse le lleva a medicinas alternativas.

Este equipo ha publicado un trabajo donde las estrategias de afrontamiento han sido tomadas como un factor pronóstico en la tasa de supervivencia. Tras cinco años de seguimiento de un grupo de 578 mujeres en estadios I y II del cáncer, apuntan a que el riesgo de muerte o recidiva estaba relacionado con altos niveles de depresión y de indefensión-desesperanza. (26)

Watson y Green (1998) en un trabajo recopilatorio de la literatura al respecto, han expuesto la evidencia empírica que apoya que las estrategias de afrontamiento activas, espíritu de lucha y negociación-avoidance, están relacionadas con un buen pronóstico de la enfermedad. (27)

Adaptación Psicológica en el Cáncer de Mama

La adaptación al cáncer de mama depende de dos parámetros: uno derivado del paciente y otro de la enfermedad. Los primeros comprenden los factores psicológicos y sociales que son determinados por el paciente y su entorno: los ajustes psicológicos que tiene el paciente antes de la enfermedad, su soporte social, especialmente su esposo, y su contexto social, son los que contribuyen o alentarán su participación en el proceso de recuperación, especialmente cuando han tenido una experiencia similar. (28)

Los otros factores psicológicos que determinan su ajuste y contribuyen junto con la enfermedad son: la extensión del cáncer, la cirugía, la necesidad de terapia adyuvante, la aplicación de medidas de rehabilitación. Algunas de estas variables contribuyen a la variedad de recursos emocionales de la mujer y al estrés que deben superar en la adaptación al cáncer de mama; las cuales pueden servirle positiva o negativamente.

Toda intervención quirúrgica tiene implicancias psicológicas (emocionales) más o menos intensas, dependiendo de la personalidad del paciente y del tipo de intervención; las mujeres con cáncer de mama en particular confrontan un doble conflicto por el cual en primer lugar, deben adaptarse a la mutilación del seno, para luego en segunda instancia, adaptarse a la invasión de una enfermedad potencialmente mortal. Dentro de proceso de ajuste posterior a la mutilación, la cual amenaza el núcleo de su orientación femenina, se encuentra que las reacciones más frecuentes son: ansiedad, insomnio, depresión, sentimientos de vergüenza y desvalorización. (29)

2.2 GENERALIDADES SOBRE IMAGEN CORPORAL

2.2.1. CONCEPTO

El concepto de imagen corporal es derivado de las diferentes dimensiones en que la gente vive su cuerpo, es decir, que cada quien tiene un concepto distinto de lo que es imagen corporal según su punto de vista y experiencia de vida. Muchos autores han intentado definir el fenómeno de “imagen corporal”, la definición más utilizada fue formulada por el neurólogo alemán Paul Schilder (1950): “La imagen del cuerpo humano tiene como significado la foto de nuestro propio cuerpo que nos formamos en nuestra mente, esto quiere decir la manera en que nos vemos a nosotros mismos” (30)

Otros autores como Slade (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”

La profesora R.M. Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en Imagen Corporal y en un libro específico que de dedicó a este tema propone una definición integradora de imagen corporal:

“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000)

Y más resumidamente, “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo” (Raich, Torras y Figueras, 1996) (31)

Por lo tanto, la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. Al ser una representación interna de la manera que uno se siente sobre su propio cuerpo, puede diferir en la manera en cómo los demás ven nuestro cuerpo. Un factor que debe tomarse en cuenta en la imagen corporal, es cómo sentimos nuestro cuerpo físicamente a través de las sensaciones visuales y táctiles; si una mastectomía resulta en cicatrices vistosas, dolor, pérdida de sensación de la piel y tensión muscular, esto sin duda afectará la manera en que la mujer vive su cuerpo.

Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene porque haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

- 1.- Es un concepto multifacético.
- 2.- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: "Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos"
- 3.- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
- 4.- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- 5.- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- 6.- La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo.

En tal sentido, la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

1. Un Componente Perceptual (aspecto físico) Mediante el cual percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad, se refiere a como percibimos nuestras formas físicamente, la cual se encuentra dada frente a la mastectomía en la sensación de estar muy consciente de su apariencia física, de ser menos atractiva físicamente, ser menos femenina, ser menos atractiva sexualmente como resultado de su enfermedad o tratamiento, sensación de que el tratamiento ah dejado su cuerpo incompleto.
2. Un Componente Subjetivo (aspecto psicológico). Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción. preocupación, ansiedad, etc.). En el caso de la paciente mastectomizada está referida en la insatisfacción con la apariencia cuando esta vestida, con el cuerpo, con la apariencia de su cicatriz.
3. Un Componente Conductual (aspecto social). Consiste en las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, conductas de evitación de situaciones que expone el propio cuerpo a los demás, etc.). Tal es el caso que ante una mastectomía se ve afectado la identidad social, manifestada por: evitar el contacto social con los amigos y familiares, hablar del miedo a que los demás se dieran cuenta de su problema físico, del temor al rechazo de sus familiares y amigos al enterarse y de cómo constantemente están al pendiente de su pecho. Estas mujeres refirieren esconder su deformidad no solo por la evasión, sino también por el uso de ropa excesivo. Otra de las conductas evitativas es el de preferir no tener contacto social.

Se puede concluir que se tendrá una imagen corporal negativa cuando;

- Exista una percepción distorsionada de las formas corporales y se perciban partes del cuerpo como no son realmente.
- Se esté convencido de que solamente otras personas son atractivas, y que el tamaño y forma del cuerpo son signo de fracaso personal.
- Exista vergüenza y ansiedad por el cuerpo.
- Se sienta incómodo y raro en el propio cuerpo.

Por el contrario, existirá una imagen corporal positiva si,

- Existe una percepción clara y verdadera del cuerpo.
- Se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal.
- No se pierde el tiempo preocupándose en torno a la comida, el peso y las calorías.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico, en el que el cambio de uno de los factores que la componen altera los demás. A lo largo de la vida esta imagen puede ir cambiando hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo total. El resultado final dependerá de la interacción de los siguientes factores:

a. **El propio cuerpo:** Se refiere a todos los datos *objetivos* posibles con los que se puede describir un cuerpo, así como al aspecto funcional de los mismos (que los órganos funcionen correctamente y que el cuerpo esté sano). Por ejemplo: 65 Kilos de peso, 1.75 cm de altura, pelo rubio, ojos negros, etc. Se excluyen las valoraciones subjetivas, como “caderas enormes”, “pelo asqueroso”, etc.

b. **La percepción del cuerpo:** En la formación de la imagen corporal tiene especial relevancia los aspectos a los que se presta una especial atención y

los que se omiten. De modo que seleccionando los aspectos positivos del cuerpo probablemente se creará una imagen positiva y, por el contrario, si tan sólo se perciben los aspectos negativos la imagen no será satisfactoria. Funciona como un círculo vicioso, las personas con una mala imagen de sí mismos percibirán más los aspectos negativos, y las que tienen una mejor imagen corporal percibirán más los positivos.

c. **Pensamientos sobre el cuerpo:** Hace referencia a las actitudes, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. Se puede limitar a los datos objetivos (“Me han extirpado una mama”), o a juicios de valor (“Como ya no tengo a mis senos, ya no soy atractiva para mi pareja”). Otros pensamientos hacen referencia a situaciones donde el cuerpo tiene un papel fundamental, por ejemplo, ir a comprar ropa, a la playa, al gimnasio, etc. Muchos de estos pensamientos pueden ser erróneos (“Como me han realizado la mastectomía mis amigos me van a rechazar”) y será necesario corregirlos para sentirse mejor con uno mismo.

d. **Emociones en relación con el cuerpo:** Si la percepción y los pensamientos que se tienen sobre uno mismo son erróneos puede dar lugar a emociones perturbadoras. Así se pueden sentir síntomas de ansiedad al comprar ropa nueva, de depresión por no perder peso, enfado por no utilizar una talla inferior o culpable por haber comido un dulce. Es necesario identificar estas emociones para poder hacerles frente.

e. **Comportamientos con relación al cuerpo:** si la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo respecto al cuerpo son incorrectos, probablemente los comportamientos también lo serán. Las personas muy preocupadas por su figura evitan situaciones e intentan ocultar su cuerpo. Esta evitación refuerza la imagen negativa que se tiene de uno mismo.

En tal sentido, podemos concluir que la percepción de la imagen corporal tras la mastectomía dependerá de como percibimos objetiva y subjetivamente nuestro propio cuerpo, de los pensamientos y emociones que nos despierte, y las conductas que tomemos en torno a nuestra imagen, la

cual va a estar influenciada de cómo nos percibíamos cuando estábamos “completas”, es decir si nuestra percepción era positiva o negativa.

2.2.2. LA IMAGEN CORPORAL Y LA MASTECTOMÍA

La mastectomía es una intervención quirúrgica que afecta a la identidad sexual de las mujeres, toda vez que el seno de la mujer está cargado de significado social y cultural, y está íntimamente ligado a la imagen corporal femenina, el estrés psicológico subsiguiente a la intervención quirúrgica puede precipitar una crisis de identidad. (32)

Los pechos están íntimamente ligados a la idea de feminidad, y al atractivo sexual, particularmente en estos tiempos donde constantemente se muestran cuerpos jóvenes, perfectos y casi irreales como ideales de mujer.

Por este motivo es probable que la mujer se preocupe y tema dejar de ser atractiva sexualmente para su pareja, y que él reaccione negativamente a los cambios físicos producidos por la cirugía o por los efectos secundarios de la quimioterapia como la caída del cabello. Lo que la mujer debe saber es que lo que su pareja teme perder no es su pecho, sino a ella misma.

Lo que debemos tener en consideración es que la cirugía puede modificar temporal o permanentemente el estado físico de la paciente y alterar directa o indirectamente su relación de pareja, es por ello que las pacientes sometidas a una mastectomía precisan adaptarse a una nueva imagen corporal, dado que pueden sentirse poco atractivas e incapaces de aceptar la cicatriz resultante de la intervención quirúrgica, existiendo en ocasiones temores acerca de la aceptación de la cicatriz por parte de ella misma y consecuentemente por el cónyuge.

La paciente mastectomizada va a atravesar por una etapa de duelo, el cual en los primeros días siguientes al acto quirúrgico va a incluir el reconocimiento y expresión de su nueva imagen corporal manifestándose por

sentimientos de: cólera, depresión, temor y ansiedad por el resultado inminente y preocupación por las secuelas de la cirugía. Estos sentimientos en muchos casos pueden influir en la manera de comportarse, de actuar de la paciente, es decir en el aspecto conductual, de tal manera que pueden presentar: insomnio, mayor necesidad de tranquilizantes, pensamientos suicidas e interrupción de las actividades cotidianas, dadas por aislamiento, conductas de evitación.

La intensidad de la reacción frente a la pérdida de una parte del cuerpo depende del lugar representativo que ocupa en la imagen corporal. En el caso del seno, como ya dijimos anteriormente es considerado un símbolo de las mujeres tanto de la sexualidad como de la maternidad, íntimamente relacionado con la femineidad, es así que estos factores van a influenciar en como la paciente siente, piensa y actúa, es decir, los aspectos físico, psicológico y social, haciendo que la aceptación de la nueva imagen corporal sea difícil, lo que influye en el nivel de aceptación de sí misma y de los demás. En tal sentido en el aspecto físico la paciente puede experimentar rechazo a aceptar la cirugía, los efectos de la misma, su nueva apariencia física o el sentirse menos atractiva, tener vergüenza a que su pareja la observe mientras se viste. En cuanto al aspecto psicológico puede experimentar sentimientos de tristeza, minusvalía, sentimientos de culpa, inseguridad hacia su relación de pareja. En lo social, ella puede presentar conductas de aislamiento, de evitación, dejar de asistir a eventos sociales o familiares, preferir estar sola, mantenerse callada, temor al rechazo de sus familiares y amigos.

2.3 GENERALIDADES SOBRE PERCEPCIÓN:

2.3.1. DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN

Para Whitaker la percepción es un proceso bipolar, uno relativo a las características de los estímulos que activan los órganos de los sentidos;

mientras que el segundo abarca las características del perceptor (experiencias, motivos, actitudes, personalidad, etc.). (33)

Costa (1981) refiere que “la percepción es el conjunto de actividades que entraña el proceso físico de la visión al recibir conciente e inconscientemente las señales que emanan del mundo circundante y que permiten o provocan estados, reacciones” (34)

Manu (1984) sostiene que la percepción es el modo en que se forma las impresiones opiniones o sentimientos acerca de una persona, objeto o fenómeno y que está influenciado por procesos subjetivos como emociones, deseos y sentimientos.

Day menciona que la percepción es un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos, obviamente es algo mas que la imagen del mundo proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado. Aunque la percepción desempeña un papel importante, ello depende de las características del sujeto que lo percibe, los conocimientos, necesidades, sus intereses y las emociones que pueden influir en forma pasiva y negativa. (33)

Integrando las definiciones anteriormente citadas podemos afirmar que la percepción es el resultado de un proceso mental activo mediante el cual la conciencia interpreta los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones a partir de los cuales se forman nuestras impresiones del mundo que nos rodea los que van a ser influenciados por las experiencias, conocimientos, necesidades, intereses y emociones.

Finalmente la percepción de la paciente mastectomizada, esta dada por las impresiones que se forman en cuanto a la representación o significación de su imagen corporal en base a las experiencias vividas, sentimientos y emociones que van a influir en sus conductas.

Componentes de la Percepción

1. **Proceso de recepción sensorial:** para que se de el proceso de la percepción es indispensable que halla receptores sensoriales, ya sean: visuales, auditivos, gustativos entre otros, este proceso no esta limitada a un solo campo sensorial, si no que se realiza simultáneamente.
2. **Proceso de simbolización:** la percepción esta siempre asociada a un concepto, hay pues una aprehensión inmediata de un significado, de un estímulo intelectual.
3. **Proceso emocional:** muchas percepciones pueden dejarnos indiferentes, pero otros pueden estar lo estrechamente asociadas a un proceso emocional proporcionándolos placer, emoción, agrado o desagrado.

Características

- a) Tiene una función adaptativa, en el sentido de que permite a la persona orientarse en su medio ambiente.
- b) La percepción depende tanto de las características del objeto como de nosotros mismos.
- c) Estabilidad, en el sentido de que un objeto percibido es identificado aún cuando él o las circunstancias hallan variado en alguna medida. Tiene relación con esta característica la selección que hacemos de los aspectos más importantes del estímulo, pues ello es lo que le da la permanencia al estímulo.
- d) Búsqueda del significado. Algunas veces la percepción es inmediata, en otras oportunidades no lo es, en cuyo caso tratamos de encontrarle un sentido, especialmente cuando lo que acontece afecta nuestro bienestar.
- e) La percepción es posible aun cuando el estímulo presente pocos datos.
- f) Percibimos en términos de probabilidades: la experiencia nos enseña que ciertos objetos o acontecimientos van unidos entre ellos con cierto grado de probabilidad
- g) Bajo ciertas circunstancias la percepción puede ser equívoca: las dos formas más conocidas de error en la percepción son las alucinaciones y las ilusiones.

PERCEPCIÓN E IMAGEN CORPORAL

La percepción según el doctor Deepak Chopra es un fenómeno aprendido, afirmando que “no hay dos personas que compartan la misma percepción”. Desde la psicología Rosa María Raich menciona que hay autores que cifran en un 25% el porcentaje de importancia de la percepción del cuerpo en nuestra autoestima.

Desde la perspectiva de la sociología Zenón Pereyra nos explica que “la marca de la religión, el mito, las ideologías, las costumbres y fundamentalmente la marca de las clases sociales, son mediaciones que fundan el modo de pensar, el sentir y el usar los cuerpos”. Para el mismo Zenón somos intérpretes e interpretados en un constante diálogo corporal.

Por otra parte, la percepción de los pacientes con cáncer de mama puede estar influenciada en base a la toma de decisiones. De acuerdo con Lipowsky (1970), el significado que se le da a la enfermedad puede influir sobre las habilidades de afrontamiento hacia la misma, y él sugiere 8 categorías de significados que predominan en nuestra cultura: reto, enemigo, castigo, debilidad, pérdida irreparable, alivio, estrategia y valor. (35)

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

El cáncer no es una enfermedad, sino un grupo de enfermedades muy diferentes entre sí en cuanto a su pronóstico, tratamiento y secuelas. Algunas enfermedades oncológicas son curables en la práctica totalidad de los casos, aunque otros tengan una elevada tasa de mortandad. Aunque en medicina existan otras muchas enfermedades cuyo impacto sobre la persona y sobre su entorno sea mucho más grave, el cáncer es, además, un mito social, y como tal es el paradigma de la enfermedad grave. Por ello, aunque no se corresponda con la realidad médica, en la actualidad persiste la visión del cáncer como una enfermedad innombrable, incurable y mortal. Ambos

factores (las falsas creencias y la realidad médica) coexisten en la persona que recibe el diagnóstico, en su familia y en el medio social que la envuelve. La importancia de estas creencias, junto con los recursos personales (cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales), van a ser decisivas en el afrontamiento posterior de la enfermedad.

No obstante, no podemos negar que el cáncer, como muchas otras enfermedades crónicas, supone para la persona un ataque a su bienestar y calidad de vida. El tratamiento de la enfermedad a menudo requiere un enfoque multimodal, incluyendo combinaciones de cirugía, quimioterapia, radiación, terapia hormonal e inmunoterapia. Los efectos secundarios de tales tratamientos (fatiga, náusea, caída de pelo, anorexia y dolor) y los procedimientos quirúrgicos (amputación, eliminación de órganos o translocación, manipulación y supresión hormonal, daño vascular, muscular, neurológico) tienen un impacto considerable en la imagen corporal y la identidad, en el funcionamiento sexual, en el rol de género e, incluso, en la fertilidad (Bruner, 1999). Por eso no es de extrañar que muchos/as pacientes cursen depresión y ansiedad a causa del miedo, la mutilación y la pérdida de funciones. Por ende, el bienestar sexual se puede ver seriamente afectado. Por eso, la proximidad física, la afectiva y la intimidad van a ser fundamentales para el afrontamiento de la enfermedad. (36)

PERCEPCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Percepción del Nivel Sexual

Los diversos estudios coinciden en destacar que más de la mitad de las mujeres tratadas señalan cambios importantes en sus relaciones sexuales, retrasando su reanudación. La disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y juego amoroso, la pérdida de iniciativa en la actividad sexual, la disminución del deseo y el sentimiento de sentirse menos deseadas, se suele presentar especialmente en aquellas mujeres tratadas con mastectomía, en oposición a aquellas tratadas con radioterapia o lumpectomía (Bruner, 1999). López et al. (1991) señalan en su estudio que

aquellas mujeres que presentan mayor rechazo de su imagen corporal, presentan mayores cambios negativos en sus actitudes y comportamientos sexuales, correlacionando con depresión y bajo autoconcepto. Las mismas autoras destacan que aquellas mujeres que dentro de los quince primeros días de la intervención reanudan las relaciones sexuales, no tienen o tienen menores problemas sexuales, y aceptan mejor la mastectomía.

De hecho, aquí influye también la actitud de la pareja, la percepción de la enfermedad, de la mastectomía que tenga; que puede extinguir, suscitar o acrecentar ciertas actitudes fóbicas en la mujer; suele existir la creencia de que en muchas personas con cáncer, el lugar operado es incapaz de soportar el más leve “trauma”, por lo que el miedo de la pareja a hacer daño refuerza o desencadena estos miedos.

Un aspecto fundamental es la calidad de la relación de pareja. Ghizzani et al. (1995), al evaluar a un grupo de mujeres a las que se les administró la “Escala de Ajuste Diádico” de Spanier (que mide los niveles de satisfacción, cohesión, consenso y comunicación-expresión afectiva en las parejas), hallaron una significativa correlación entre las subescala de satisfacción y comunicación afectiva y el deseo sexual y el grado de satisfacción sexual; en estas mismas mujeres, la existencia de una extensa red de apoyo emocional, junto con la buena relación de pareja, supusieron un buen ajuste a la enfermedad. Por eso, volvemos a insistir en que la satisfacción previa en las relaciones de pareja pueden determinar, en gran medida, una buena adaptación a las relaciones sexuales posteriores.

En tal sentido el rol de la enfermera debe enfatizar ciertos aspectos como:

- a. Preservar las relaciones de pareja, y tratar las frecuentes dificultades en las relaciones sexuales, ya que el rechazo a su propio cuerpo y la ansiedad que acarrea, dado el proceso, dificultan o anulan en ocasiones la vida sexual de la mujer.

- b. Promover una comunicación – expresión afectiva entre la pareja, que posibilite la existencia de una extensa red de apoyo emocional, que favorezca la aceptación de su nueva imagen corporal, incrementando la autoestima de la paciente.

Percepción a nivel psicológico

Jorge Psillakis plantea que la percepción de la mastectomía a nivel psicológico dependerá de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, auto desvaloración, etc.; para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar. (37)

José M. Suárez Fernández afirma que la mujer a la que se le realiza una mastectomía afecta la percepción de la imagen corporal por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social. (38)

Por lo tanto, el grado de afectación de la percepción de la imagen corporal ante una mastectomía depende de tres factores:

1. El grado de identidad femenina, en la constitución de su imagen corporal.
2. De la propia personalidad de la paciente.
3. De la existencia de problemática sexual o de relación de la pareja, anterior a la intervención. (39)

En esta experiencia personal se comparten los criterios expresados anteriormente, pues las pacientes con mastectomía que acuden a la consulta

se presentan con un deterioro importante de su estado mental y físico, de ahí la enorme importancia que se le confiere al logro de una adecuada y eficaz relación enfermera - paciente, por lo que se debe tener presente 3 aspectos: a) saber ponerse en el lugar del otro, b) sentir como ella, y c) disponerse a ayudarle cuando enfrenten dificultades. (40)

En éste punto es muy importante la empatía de la paciente con el enfermero, durante el tiempo de hospitalización. Es necesario ofrecer una atención integral a la mujer y mostrarle nuestro interés y apoyo, no sólo por su parte enferma, sino por ella como ser humano.

La finalidad del apoyo psicológico de Enfermería será conseguir:

- c. Obtener una imagen satisfactoria de sí misma, elevando el nivel de autoestima; no olvidemos de que el pecho tiene un alto valor simbólico en la mujer y que permanece inalterable incluso en edades muy avanzadas.
- d. Apoyar las relaciones con la familia, los amigos, incluso asesorando a la familia respecto al comportamiento a seguir con la paciente.
- e. Facilitar la comunicación entre el personal sanitario y la mujer, adecuándose la relación terapéutica a las necesidades de la mujer (C. de Salud, Servicio de Oncología).
- f. Aflorar los aspectos de personalidad más maduros de la mujer. (41)

La intervención del personal de Enfermería en el período pre y post operatorio es importante, puesto que favorece en la erradicación de pensamientos erróneos en la paciente, incrementando su seguridad su amor propio, su afecto, su autoestima y aceptación de si misma. Al mismo tiempo la enfermera interviene en el entorno familiar de la paciente ya que la familia influye significativamente en la recuperación de la misma puesto que la paciente mastectomizada siente gran necesidad de recibir apoyo y comprensión por parte de sus familiares ayudándola así a lograr la adaptación de la paciente a su nueva imagen corporal (42)

Percepción a nivel familiar

“La paciente y la familia reaccionan al diagnóstico con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general, o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales.

Es de especial interés el apoyo y la comprensión que necesitan las pacientes mastectomizadas de las personas más importantes en sus vidas, sobre todo la de su esposo, ya que él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este dilema. Se debe tener presente además que la aparición de la enfermedad y su tratamiento puede afectar el status social de la paciente por la incidencia o repercusión que pudiera tener en su economía. Téngase en cuenta además que la percepción del cáncer de mama que tienen los familiares es vista como un presagio, no solo de la muerte y de un proceso doloroso hacia ella, sino también de mutilación”. (43)

En relación con este aspecto la pérdida de la mama requiere adaptación psicológica y social tanto de la paciente como de los familiares, por lo que es imprescindible el papel de la enfermera, ya que es el profesional de salud que mantiene el mayor contacto con la paciente y familia, ya sea desde el inicio del diagnóstico, tratamiento y posible recuperación y curación de la enfermedad.

Percepción a Nivel Social

Vivimos en la sociedad de la imagen; carteles, televisión, cine, etc, son elementos cotidianos en nuestro discurrir. Los centros comerciales se caracterizan por poseer grandes escaparates, los televisores ahora son panorámicos para aumentar y mejorar la imagen y los desfiles de moda forman parte de la programación televisiva. Esta importancia de la imagen

nos hace reflexionar acerca de cómo se perciben las mujeres luego de una mastectomía frente a la cantidad de estímulos visuales que recibe a diario.

En tal sentido, las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Estas han desempeñado un papel predominante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión de los grupos étnicos y pueblos.

Tras esta exposición no es posible eludir la conclusión de que, si las mamas son tan valoradas y estimadas no sólo por quien las posee, la mujer, sino por toda la sociedad, su privación forzosamente acarreará un impacto emocional difícil de superar, aunque no imposible, en la paciente y en las personas de su entorno. El impacto psicológico causado por la cirugía radical de la mama es diferente a la de cualquier otro tratamiento contra el cáncer y afecta a algo que es distintivo de feminidad, a la autoestima, a la percepción de la propia imagen y a la sexualidad, además del impacto causado por la propia enfermedad.

2.3.5. MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN

La percepción tiene diversas propiedades, entre las que destaca dirección (positiva o negativa) e intensidad (favorable y desfavorable), estas propiedades forman parte de la medición.

Las afirmaciones pueden tener dirección positiva o negativa, y esta dirección es muy importante para saber como se codifican las alternativas de respuesta.

Pudiéndose distinguir cuantitativamente a las personas cuyas opiniones, motivos, percepciones, rasgos de personalidad y necesidades son diferentes, mediante las escalas psicosociales como Escala de Lickert cuyo nombre se deriva de su creador, el psicólogo Rensis Lickert. Esta escala consta de varios enunciados declarativos que expresan un punto de vista u

opinión sobre determinado tema y el informante debe indicar hasta que punto concuerda con la opinión expresada. (44)

Esta escala consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada información y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los elementos de la escala (alternativas de respuesta). A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la información y al final se tendrá una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con los ítems.

La Escala de Lickert puede ser aplicada de dos formas: la primera autoadministrada en la que se le entrega la escala al respondiente y este marca respecto a cada ítem la alternativa de respuesta que mejor describe su reacción. La segunda, es la entrevista, un entrevistador lee los ítems y las alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste.

2.4. ROL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA ONCOLÓGICA

La atención de Enfermería a la paciente mastectomizada se centra en la interacción enfermero-paciente, el cual constituye uno de los ejes centrales de la provisión del cuidado de enfermería, ya que este debe ser un proceso interpersonal, terapéutico y significativo.

En la atención de pacientes mastectomizadas, debe tenerse en cuenta que las personas provienen de diversos círculos sociales, culturales y religiosos, condicionándolas a que cada una de ellas tengan sus propias creencias, formas de vida y actitudes que van a constituir los rasgos de su personalidad, que la hacen única.

La paciente mastectomizada al sufrir un impacto biopsicosocial expresará sentimientos encontrados como vergüenza, miedo, inferioridad, que se manifestará en muchos casos por el aislamiento, descuido personal,

sentimientos de rechazo, que muchas veces no son identificados oportunamente por la enfermera, llegando la paciente a presentar una baja autoestima, un cuadro depresivo, que en muchos casos puede terminar en suicidio, de ahí la importancia que el profesional de enfermería reconozca precozmente los problemas de la paciente para intervenir oportunamente a través del establecimiento de estrategias de afrontamiento y mecanismos de adaptación, en un trabajo conjunto enfermera – paciente, que a su vez incluya a la familia y en ella a su cónyuge, ya que constituye el principal soporte emocional y social.

De ahí la necesidad de que los profesionales de Enfermería tengan conocimientos sobre la atención integral a las mujeres en el pre y post operatorio, sobre aspectos que van más allá de lo médico o lo biológico-funcional, como la supervivencia, calidad de vida, sus temores, la mutilación y el reinicio en la vida sexual, así como el posible rechazo de su pareja y las causas del mismo, el de su grupo social o la compasión de otros y la propia por sentimientos de la disminución de autoestima, para lo cual es necesario que el profesional de enfermería se mantenga en constante actualización de conocimientos, con el fin de potenciar sus mecanismos de afronte y disminuir los riesgos a complicaciones en las pacientes mastectomizadas contribuyendo a mejorar y/o optimizar la calidad de vida.

7. HIPÓTESIS

A continuación se presenta la hipótesis formulada para el presente estudio:

La percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal es favorable.

8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar el entendimiento de los términos utilizados en el estudio.

- ♦ **Percepción:** es toda impresión que tiene el sujeto sobre sí mismo, el cual incluye el aspecto físico, psicológico y social.
- ♦ **Imagen corporal:** es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente de sí mismo.
- ♦ **Paciente mastectomizada:** es aquella paciente que ha sido sometida a una extirpación de mamas local o ampliada a causa de un cáncer mamario.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El presente estudio es de nivel aplicativo, porque nos direcciona a buscar soluciones a las necesidades o problemas que presenta la población, permitiendo la mejora de la práctica de salud, tipo cuantitativo, porque nos permite obtener datos susceptibles de ser cuantificados y permite un tratamiento estadístico, método descriptivo de corte transversal, ya que nos permite presentar la información tal y como se presenta en un espacio y tiempo determinado.

B. DESCRIPCIÓN DE SEDE DE ESTUDIO

El presente estudio se realizará en el Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas (INEN), ubicado en la Av. Angamos Este N° 2520. Surquillo-Lima, pertenece al Ministerio de Salud, brinda atención especializada al público en general, las 24 horas del día a través de los servicios de consultorios externos, emergencia y hospitalización.

El servicio de Cirugía esta ubicada en el 4° y 5° piso Este, son áreas destinadas a pacientes quirúrgicos adultos varones y mujeres de todas las especialidades incluyendo a la paciente mastectomizada. El 4° piso Este está compuesto por 49 camas distribuidas en 8 habitaciones de 6 camas cada una y una habitación individual para pacientes de aislamiento. El 5° piso Este guarda la misma distribución, además de otra habitación individual para pacientes con yodo radioactivo.

Los pacientes de cada piso son atendidos por el equipo de Enfermería en dos turnos: diurno de 7am – 7pm y el nocturno de 7pm – 7am, distribuidos

de la siguiente manera para el turno diurno: una enfermera Jefa, una enfermera de línea, tres enfermeras asistenciales y 5 técnicas de enfermería; el turno nocturno se encuentra conformado por 2 enfermeras asistenciales y 2 técnicas de enfermería.

C. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 46 pacientes mastectomizadas que se encontraron hospitalizadas en los servicios de cirugía del 4° y 5° Este, en los meses de Agosto – Diciembre, las cuales cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- ◆ Pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio
- ◆ Pacientes que han sido sometidas a una cirugía de mastectomía entre Agosto – Diciembre del 2007 en el INEN
- ◆ Pacientes de sexo femenino
- ◆ Pacientes que tengan pareja
- ◆ Pacientes que hablen castellano

Criterios de Exclusión:

- ◆ Pacientes que no deseen participar en el estudio
- ◆ Pacientes en fase pre operatoria
- ◆ Pacientes con discapacidades físicas y mentales

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento un formulario Tipo Escala de Lickert Modificada, que fue aplicada a las pacientes mastectomizadas, con la finalidad de obtener información relacionada a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal. El cual consta de: Presentación, Introducción donde se dió a conocer la finalidad del estudio, Instrucciones, Datos generales, Datos

específicos, con enunciados positivos y negativos, el mismo que fue sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos (7 profesionales) dado por profesionales inmersos en el área de investigación, enfermeras jefas del INEN, Enfermeros del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer del INEN, Psiquiatra Jefe del Servicio de Oncología Psicosocial del INEN. Enfermera Supervisora de la Práctica de la Especialidad en Oncología, del mismo modo fue evaluado por la psicóloga, socióloga y estadistas, quienes mediante sus aportes permitieron realizar los reajustes necesarios. Para ello se utilizó la tabla de concordancia y la tabla Binomial. (Anexo D)

Luego para determinar la validez y confiabilidad estadística se realizó la prueba piloto y se aplicó la prueba de ítems-test Correlación de Pearson y la Prueba Alfa de Crombach. (Anexo E)

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para ejecutar el estudio se realizó el trámite administrativo pertinente, mediante un oficio remitido por la Directora de la Escuela Académica Profesional de Enfermería en el cual se solicitó la autorización pertinente al Director del Instituto y luego se realizó la coordinación pertinente con la Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos a partir del mes de Agosto - Diciembre 2007, acordando para ello los días lunes, miércoles, viernes y domingos, días en los que se captaba a las pacientes mastectomizadas y se accedía a la fecha y hora de 1º cita después del alta en el Módulo de senos y tumores mixtos, previa autorización de la paciente, de esta manera se logró hacer coincidir la aplicación del formulario considerando 30 minutos para ello con el día de la 1º cita, a fin que la información brindada sea más verídica ya que de esta manera la paciente se encuentra en casa en interacción con su familia y amistades, en donde identifica sus necesidades, problemas y/o limitaciones secundarias a la mastectomía.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectados los datos estos fueron procesados de forma manual previa elaboración de la Tabla de códigos y Tabla matriz mediante el uso de los paquetes estadísticos de Excel, considerando para los enunciados positivos la valoración de 3 siempre, 2 a veces, 1 nunca y los enunciados negativos: 3 nunca, 2 a veces, 1 siempre.

Para la medición de la variable se utilizará la escala de Media Aritmética. (Anexo G)

Percepción general	Puntajes
♦ Favorable:	75 – 96
♦ Desfavorable	32 - 74

Percepción en el Aspecto físico	Puntajes
♦ Favorable:	22 – 33
♦ Desfavorable	11 - 21

Percepción en el Aspecto Psicológico	Puntajes
♦ Favorable:	28 – 33
♦ Desfavorable	11 - 27

Percepción en el Aspecto Social	Puntajes
♦ Favorable:	27 - 33
♦ Desfavorable	10 - 26

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta la autorización de la institución y el consentimiento informado de las participantes del estudio. (Anexo C)

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de procesados los datos obtenidos, estos fueron presentados en gráficos para su análisis e interpretación respectiva. Así tenemos que del 100% (46) de las pacientes mastectomizadas, 52.17%(24) de ellas son mayores de 50 años; 15.22% (7) se encuentran entre 30 y 39 años; 45,65% (21) tienen estudios secundarios, 28.26% (13) estudios primarios; 54.35% (25) tienen como ocupación ser amas de casa, 23.91% (11) son comerciantes, 21.74% (10) son empleadas. Con respecto a los factores de riesgo, en relación al número de hijos 6,52% (3) no han tenido hijos, 41.3% (19) de ellas tiene de 1 a 2 hijos, 52.18% (24) tienen más de 3 hijos; asimismo el 45.65% (21) han presentado abortos; 26.09% (12) han presentado menarquia entre los 10 y 12 años de edad, 52.17% tienen antecedentes familiares de cáncer, de los cuales 23.915% (11) tiene como grado de parentesco ser padres de la paciente, 13.05% (6) tíos, 8.69% abuelos, de los cuales 37.5% (9) presentaron cáncer de mama, 20.83% (5) cáncer de estómago; 54.35% (25) de las pacientes no han utilizado nunca anticonceptivos, de las que han utilizado métodos anticonceptivos tenemos que el 57.14% (12) han utilizado anticonceptivos orales. En cuanto a los estilos de vida tenemos que 58.7% (27) consume alimentos ricos en grasa, 63.05% (29) no realiza ejercicios físicos, 23.91% (11) consume alcohol ocasionalmente. (Anexos M, N, Ñ, O, P, Q, R, S, T, U, X, Y)

La razón específica por la cual se produce el cáncer de mama permanece desconocida, pero de la misma manera que la mayoría de los tumores malignos, resulta de la acumulación de trastornos genéticos y ambientales, constituyendo factores de riesgo que pueden condicionar la manifestación del cáncer. Entre ellos tenemos que la incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad, en mujeres con antecedente familiar de cáncer en un pariente de primer grado (madre, hermana o hija), con menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad. Entre los factores relacionados con

el estilo de vida el riesgo aumenta con el consumo de alimentos con alto contenido graso, consumo de alcohol y el sedentarismo.

Por lo expuesto podemos deducir que la mayoría de las pacientes se encuentran en la etapa adulta madura, han presentado menarquia precoz, tienen antecedentes familiares de cáncer, teniendo parentesco de 1º grado, siendo el cáncer de mama el de mayor incidencia en los familiares de las pacientes. Asimismo tienen estilos de vida no saludable, ya que refieren un alto consumo de alimentos grasos, no realizan ejercicios físicos y consumen alcohol aunque ocasionalmente, lo cual pudo ser un factor causal en la aparición del cáncer.

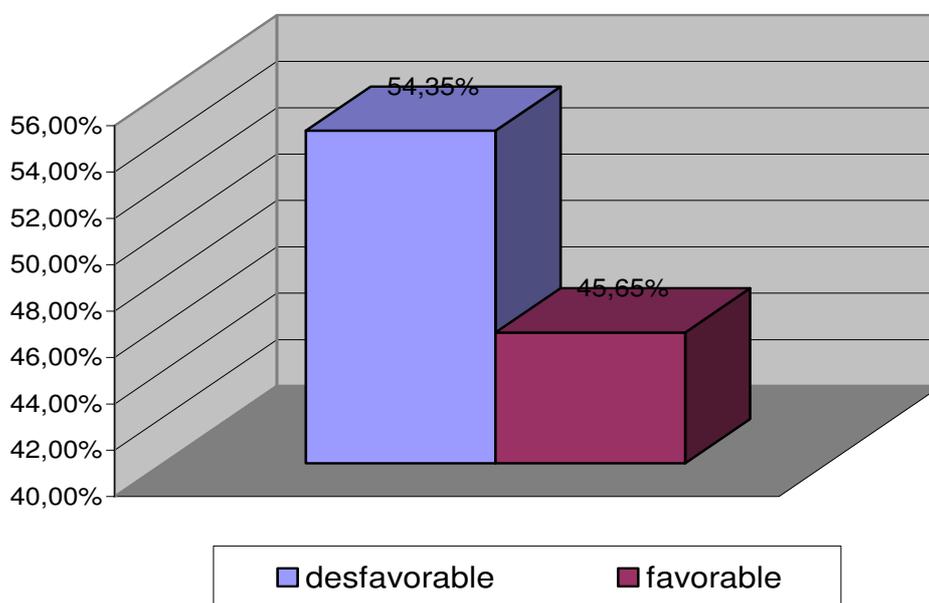
En cuanto al aspecto económico hay un considerado porcentaje de pacientes que trabajan de las cuales la mayoría son comerciantes, lo cual significa que no cuentan con licencia durante el tiempo de hospitalización y rehabilitación, lo cual significaría no recibir ingresos durante estos periodos, es así que para algunas pacientes el cáncer representaría una dificultad económica, constituyéndose en un factor estresante.

En cuanto a la percepción de las pacientes mastectomizada sobre su imagen corporal del 100% (46), 54.35% (25) tienen una percepción desfavorable y 45.65% (21) favorable. (Gráfica N° 1) La percepción desfavorable dado principalmente por los aspectos físico y social, mientras que la favorable por el aspecto psicológico.

La mastectomía afecta la homeostasis biopsicosocial de la mujer, ya que, el seno, es considerado un símbolo tanto de la sexualidad como de la maternidad, íntimamente relacionado con la feminidad, es así que estos factores van a influir en como la paciente siente, piensa y actúa, es decir, los aspectos físico, psicológico y social, haciendo que la aceptación de la nueva imagen corporal sea difícil, lo que influye en el nivel de aceptación de sí misma y de los demás, y por ende en su calidad de vida.

GRAFICO N° 1

**PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA
SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
LIMA - PERU
2007**



Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto- Diciembre. 2007

Resultados que guardan concordancia con los obtenidos por Priscila Andrea Narváez Pinochet, en el 2004, quien afirma que la mastectomía puede conducir a alteraciones en la esfera psicológica, social y sexual, tal es el caso de las pacientes con percepción desfavorable, ya que han sufrido algún nivel de alteración en cualquiera de estas esferas.

Por lo que podemos deducir que el 54.35% de las pacientes mastectomizadas tienen una percepción desfavorable referida en el aspecto físico por no aceptar su nueva apariencia física, sentir que han perdido su lado femenino, no desear ver la zona, en el aspecto psicológico piensan que puede cambiar su relación de pareja, son más reservadas, y en el social por

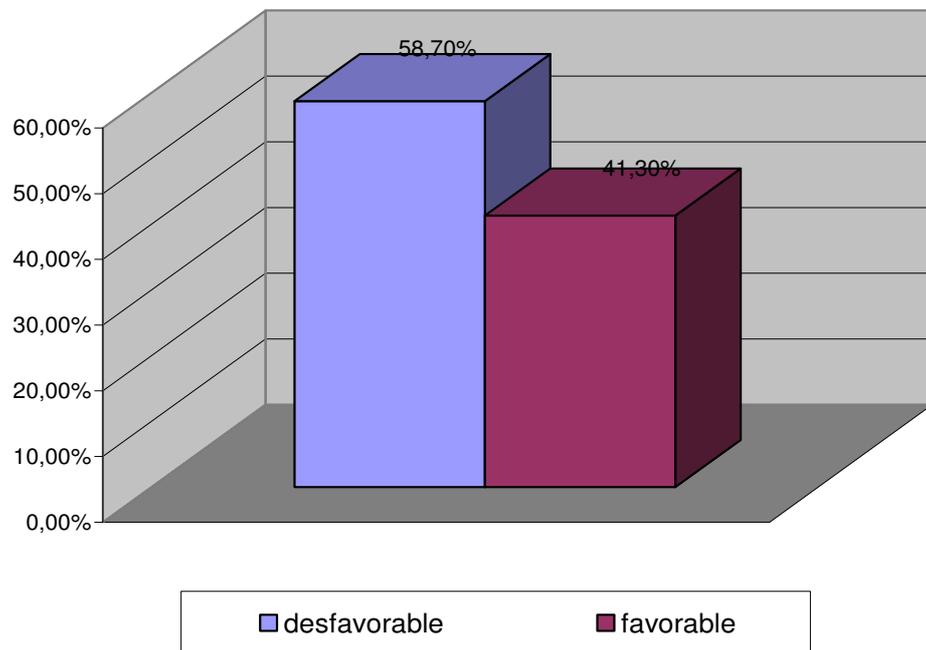
no agrada recibir visita de amigos, no sentirse preparadas para asistir a actividades sociales, lo cual evidencia que la paciente se encuentra en una etapa de duelo, que de no desarrollar efectivamente sus mecanismos de afrontamiento y adaptación a su nueva imagen corporal tanto en el aspecto físico, psicológico y social, puede desarrollar problemas psicológicos como el aislamiento, la evitación, la baja autoestima, que afectaría y prolongaría el periodo de rehabilitación e reincorporación a la sociedad. Sin embargo tenemos que el 45.65% presenta percepción favorable, determinada en el aspecto físico por preocuparse por su arreglo personal, por sentirse atractiva para su pareja, en el aspecto psicológico por aceptar con resignación la pérdida de su seno, no temer que su pareja rechace los efectos físicos, y en el aspecto social por no tener problemas de hablar de los resultados de la cirugía, no temor al rechazo de sus amigos, lo cual significa que estas pacientes han desarrollado bien sus estrategias de afrontamiento y adaptación a su nueva imagen corporal, lo cual contribuye a que el periodo de rehabilitación sea más efectivo, conduciendo a una mejor calidad de vida.

Respecto a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico tenemos que del 100% (46), 58.7% (27) tiene una percepción desfavorable y 41.3% (19) favorable. (Gráfico N° 2) En cuanto a los aspectos relacionados a la percepción desfavorable manifiestan que les mortifica los efectos físicos de la cirugía, piensan que han perdido su lado femenino, no les agrada usar ropa ceñida, no les agrada ver la zona de intervención quirúrgica y la percepción favorable está dada por agradales que su pareja las mire vestirse, preocuparles su arreglo personal, pensar que sigue siendo atractiva para su pareja, no les preocupa que las personas noten la mastectomía. (Anexo L)

La mastectomía siempre es sentida como una amenaza a la integridad física de la paciente, ya que se encuentra relacionada con la sexualidad y feminidad, por ello tras la mastectomía la paciente puede experimentar rechazo a aceptar la cirugía, los efectos de la misma, su nueva apariencia física o el sentirse menos atractiva, tener vergüenza a que su pareja observe

GRAFICO N° 2

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO FISICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS LIMA – PERU 2007



Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto-Diciembre. 2007

la mastectomía, también suelen preocuparse de que se les note la mastectomía, por lo que suelen hacer cambios en su vestimenta y optar por prendas holgadas

Por lo expuesto podemos deducir, que el 58.7% de las pacientes tienen una percepción en el aspecto físico desfavorable relacionada a que les mortifica los efectos físicos de la cirugía, no les agrada usar ropa ceñida que pueda hacer notar la mastectomía, ver la zona de intervención quirúrgica, les desagrada su apariencia física, piensan que han perdido su lado femenino, lo cual puede repercutir en su autoestima trayendo consigo sentimientos de minusvalía, lo cual puede repercutir en la aceptación de la cirugía como

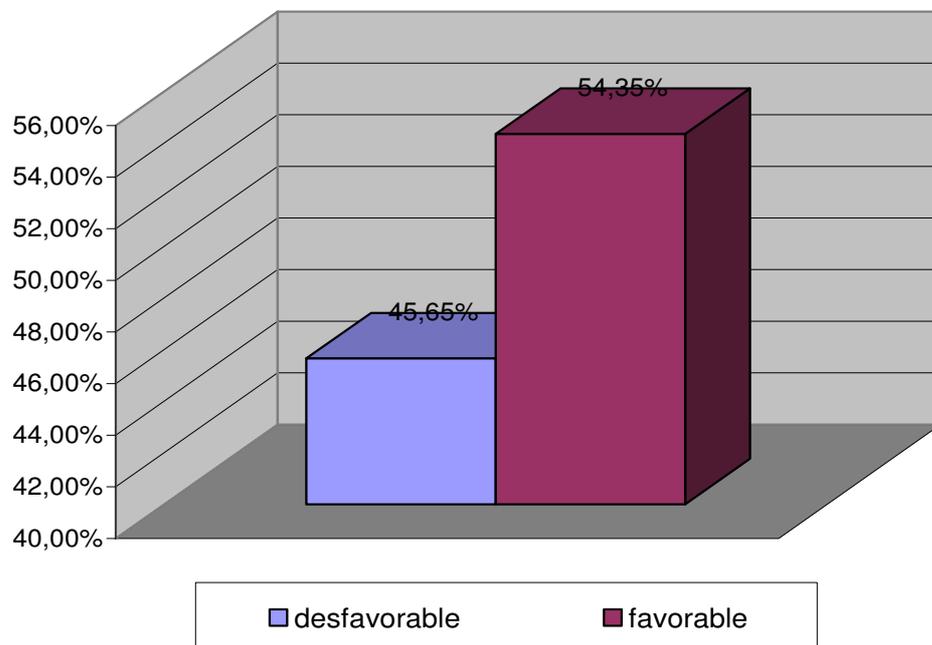
tratamiento alternativo único para mejorar su calidad de vida y fortalecer sus mecanismo de afronte ante los efectos físicos que produce la cirugía, aceptándola con entereza y resignación. Por el contrario un 41.3% tiene una percepción favorable relacionada con no tener problemas con que su pareja observe la mastectomía, se preocupan por su arreglo personal, sienten que son atractivas para su pareja, les resta importancia a que las personas noten la mastectomía, lo cual favorece su pronta recuperación y rehabilitación.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal en el aspecto psicológico evidenciamos que de un 100% (46), 45.65% (21) tienen una percepción desfavorable, 54.35% (25) favorable. (Gráfico N° 3) En cuanto a la percepción desfavorable está determinada por pensar que la cirugía va a cambiar su relación de pareja, permanecen calladas con sus parejas, creen que después de la cirugía se han vuelto muy reservadas y la percepción favorable relacionada a que aceptan con resignación la pérdida de su seno , piensa que su pareja acepta los efectos de la cirugía, que su relación no va a cambiar, le agrada estar en compañía de su pareja, no son indiferentes con ellos. (Anexo L)

Dentro del proceso de ajuste psicológico posterior a la mastectomía, la cual amenaza el núcleo de su orientación femenina, se encuentra que las reacciones más frecuentes son: ansiedad, depresión, miedo, sentimientos de vergüenza y desvalorización, inseguridad hacia su relación de pareja, las cuales son consecuencia de la agresión percibida a su imagen corporal, ya que las mujeres inconscientemente se sienten mutiladas, sienten que ya no son mujeres completas o de ya no tener el mismo valor que otras mujeres. En tales circunstancias pueden sufrir o experimentar un período de duelo, el cual es similar, al que se tiene después de la pérdida de alguien cercano. Cuando el paciente no posee los recursos internos para enfrentar una situación tan estresante como ésta puede llegar incluso a una descompensación psicótica.

GRAFICO N° 3

**PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE
SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO
PSICOLOGICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFEMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA - PERU
2007**



Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto-Diciembre. 2007

Elizabeth Valderrama Torres, con su estudio “Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” (2003), la cual afirma que las pacientes que presenta una imagen corporal con conflicto tenue tienden a utilizar estrategias de afrontamiento funcionales, tal es el caso de las pacientes con percepción favorable y las que presenta imagen corporal de conflicto profundo estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales, como se ve refleja en las pacientes con percepción desfavorable. Asimismo Gustavo Adolfo Chirinos Arroyo, en 1995, asevera que el cónyuge es el factor individual más importante para la adaptación y

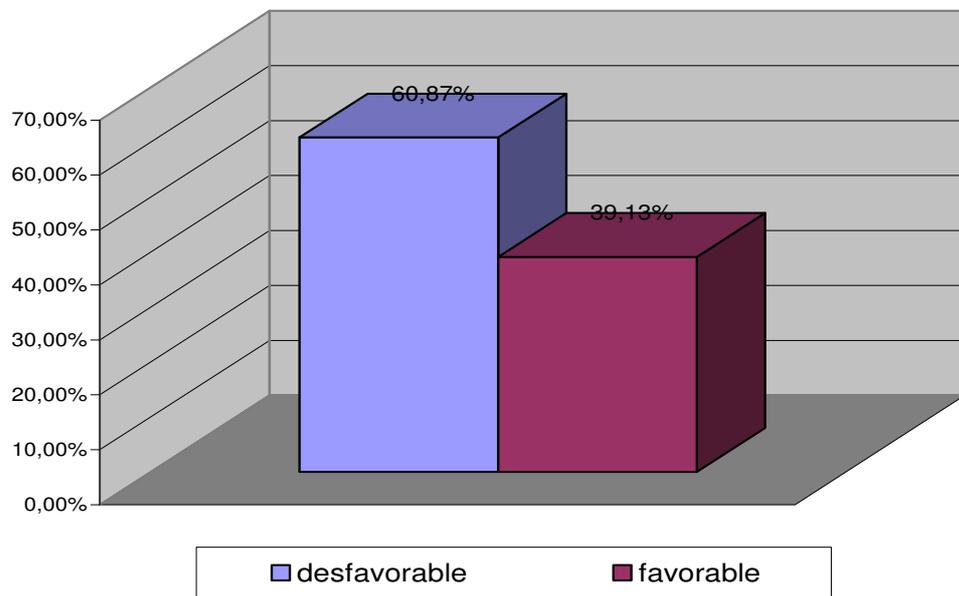
autoestima de la paciente, lo cual vemos reflejado en nuestro trabajo en las pacientes con percepción en el aspecto psicológico favorable, ya que ven al cónyuge como fuente de apoyo. En tal sentido Romus, Minet y Timsit, en el 2005, concuerda en que las pacientes con percepción desfavorable temen al rechazo, ansiedad decastración, miedo de ser abandonadas por sus parejas.

Por lo expuesto deducimos que el 45.65% de las pacientes tiene una percepción en el aspecto psicológico desfavorable manifestada por pensar que la cirugía va a cambiar su relación de pareja, permanecen calladas con sus parejas, ser reservadas, lo cual evidencia que si bien es cierto es el menor porcentaje, es de considerar ya que es bastante significativo e importante, ya que este grupo de pacientes no acepta su nueva imagen corporal y no trata de rehacer sus esquemas mediante mecanismos de adaptación, dificultando el proceso de duelo, pudiendo causar en la paciente una inestabilidad emocional, que en muchos casos puede desencadenar cuadros depresivos e ideas suicidas de no buscar las respectivas fuentes de apoyo. Por el contrario 54.35% tiene una percepción favorable, ya que las pacientes aceptan con resignación la pérdida de su seno, piensan que su pareja acepta los efectos de la cirugía, que su relación no va a sufrir cambios, les agrada estar en compañía de su pareja, no son indiferentes, lo cual significa que están usando sus mecanismos de afrontamiento y adaptación a su nueva imagen corporal favoreciendo de esta manera su salud mental.

Con respecto a la percepción de la paciente mastectomizada en el aspecto social observamos que del 100% (46), 60.87% (28) tiene una percepción desfavorable y 39.13% (18) favorable. (Gráfico N° 4) La percepción desfavorable está dada porque les molesta tener que realizar sus actividades diarias del hogar, no les agrada recibir visitas de amigos, prefieren estar en casa que salir a la calle, no se sienten preparadas para asistir a actividades sociales; mientras que la percepción favorable está referida a que les atrae salir a pasear con sus familiares y amigos, desean reincorporarse nuevamente a su trabajo, están seguras que sus amigos las van a aceptar, no se sienten limitadas ante otras mujeres, no tienen problemas en hablar de los resultados de la cirugía. (Anexo L)

GRAFICO N° 4

**PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE
SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO
SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEADES NEOPLÁSICAS
LIMA - PERU
2007**



Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto-Diciembre. 2007

El seno de la mujer está cargado de significado social y cultural, y está íntimamente ligado a la imagen corporal femenina. Es de especial interés el apoyo y la comprensión que necesitan las pacientes mastectomizadas de las personas más importantes en sus vidas, sobre todo la de su pareja, ya que él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este conflicto. Asimismo el contexto social de la paciente debe ser positivo y tener un clima de confianza y aceptación que le brinde seguridad a la paciente, de lo contrario puede presentar conductas de aislamiento, de evitación, dejar de asistir a eventos sociales o familiares, temor al rechazo de sus familiares y amigos.

Al hablar de los efectos psicosociales del cáncer es importante señalar que es una enfermedad que no solo afecta al paciente sino que perturba a toda la familia, Rebelger y Vargas (1994), enfatizaran que el cáncer afecta todo el sistema familiar, pudiendo perturbar su equilibrio. El resultado puede ser una mayor tensión para la persona con cáncer, para todos los miembros de la familia, incluso para quienes no viven con el paciente. Las repuestas de los miembros de la familia en relación con la enfermedad pueden tener un impacto significativo en la adaptación del paciente. Por todo ello la familia se ve obligada a reestructurarse para seguir funcionando de manera adecuada, ya que suceden muchas pérdidas, renunciaciones y cambios durante este período, todo lo cual conlleva a sentimientos de pesar y aflicción.

Por lo expuesto podemos deducir que el 60.87% de las pacientes presentan en el aspecto social percepción desfavorable la cual esta relacionada con que les molesta tener que realizar sus actividades diarias del hogar, no les agrada recibir visitas de amigos, prefieren estar en casa que salir a la calle, no se sienten preparadas para asistir a actividades sociales, lo que puede generar sentimientos de rechazo a los demás como mecanismo de defensa ante la posible no aceptación por parte de amigos y familiares, lo cual puede traer como complicación al aislamiento social por falta de pertenencia a un grupo, por lo que la paciente se siente insegura ante las relaciones sociales, ya que teme que en cualquier momento pueda provocar una reacción social desagradable, de allí el temor, el miedo, que experimentan frente a su pareja y por supuesto en el contexto de las relaciones sociales. La percepción favorable está relacionada a que les atrae salir a pasear con sus familiares y amigos, desean reincorporarse nuevamente a su trabajo, están seguras que sus amigos las van a aceptar, no se sienten limitadas ante otras mujeres, no tienen problemas en hablar de los resultados de la cirugía, lo cual indica que la paciente se ha adaptado y ha aceptado el tratamiento de la mastectomía como una terapia que le va a permitir mejorar su calidad de vida, siendo necesario la participación activa de la familia y su entorno para el proceso de recuperación.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES:

Las conclusiones a las que se llegó en el presente estudio fueron:

- La percepción de las pacientes mastectomizadas es en su mayoría desfavorable, por lo que se rechaza la hipótesis de estudio.
- La percepción de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal es en su mayoría desfavorable referida en el aspecto físico por no aceptar su nueva apariencia física, sentir que han perdido su lado femenino, no desear ver la zona, en el aspecto psicológico piensan que puede cambiar su relación de pareja, son más reservadas, y en el social por no agrada recibir visita de amigos, no sentirse preparadas para asistir a actividades sociales. Sin embargo existe un menor porcentaje pero muy significativo que presenta percepción favorable, determinada en el aspecto físico por preocuparse por su arreglo personal, por sentirse atractiva para su pareja, en el aspecto psicológico por aceptar con resignación la pérdida de su seno, no temer que su pareja rechace los efectos físicos, y en el aspecto social por no tener problemas de hablar de los resultados de la cirugía, no temor al rechazo de sus amigos
- ♦ La percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico es en su mayoría desfavorable la cual está referida a que les mortifica los efectos físicos de la cirugía, no les agrada usar ropa ceñida que pueda hacer notar la mastectomía, ver la zona de intervención quirúrgica, les desagrada su apariencia física, piensan que han perdido su lado femenino. Por el contrario existe un porcentaje menor de pacientes que presenta percepción favorable relacionada con no tener problemas

con que su pareja observe la mastectomía, se preocupan por su arreglo personal, sienten que son atractivas para su pareja, les resta importancia a que las personas noten la mastectomía

- ♦ La percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto psicológico es en su mayoría desfavorable manifestada por pensar que la cirugía va a cambiar su relación de pareja, permanecen calladas, creen que después de la cirugía se han vuelto muy reservadas. Por el contrario la menor parte de las pacientes mastectomizadas presenta percepción favorable referida por la aceptación de la pérdida de su seno, pensar que su pareja acepta los efectos de la cirugía, pensar que su relación no va a sufrir cambios, agradecerle estar en compañía de su pareja, no ser indiferente con su pareja.
- ♦ La percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto social es en su mayoría desfavorable la cual esta relacionada a que les molesta realizar sus actividades diarias del hogar, no les agrada recibir visitas de amigos, prefieren estar en casa que salir a la calle, no se sienten preparadas para asistir a actividades sociales. Por el contrario existe un menor porcentaje de pacientes que tienen percepción favorable relacionada con agradecerles salir a pasear con sus familiares y amigos, desean reincorporarse nuevamente a su trabajo, están seguras que sus amigos las van a aceptar, no se sienten limitadas ante otras mujeres, no tienen problemas en hablar de los resultados de la cirugía.

B. RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- ♦ La enfermera que trabaja en el servicio de oncología debe elaborar protocolos y/o guías de procedimientos que brinden orientación a la paciente mastectomizada y/o familia a fin de mejorar la calidad de atención y minimizar las complicaciones biopsicosociales.
- ♦ El Departamento de Enfermería debe elaborar estrategias orientadas a capacitar a la enfermera en la intervención de la crisis emocional de la paciente mastectomizada.
- ♦ Que se realicen trabajos de investigación de tipo comparativos en instituciones de salud, como el Ministerio de Salud, EsSALUD.
- ♦ Realizar estudios con enfoque cualitativo que permita indagar y/o profundizar información sobre las reacciones emocionales que experimenta la paciente mastectomizada en torno a su imagen corporal.
- ♦ Realizar un estudio comparativo sobre la percepción de la imagen corporal de la paciente mastectomizada en el periodo pre y post operatoria.

C. LIMITACIONES:

La limitación del presente estudio de investigación está dado porque:

- ♦ Los resultados del presente estudio, sólo son generalizables a la población en estudio en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Buscador: Google, tema: Epidemiología del Cáncer
[http. //www.OMS Cáncer.htm](http://www.OMS.Cáncer.htm)

(2) Robles, Sylvia. “El cáncer de mama en América Latina y El Caribe”
En Rev. Panamericana de la Salud Publica Vol.12, Edit Publications,
Washington – EE.UU, 2002, pág.2

(3) Buscador: Google, Tema: Cáncer de mama
[http: //www.Diario La República – No me dejes mama. Htm](http://www.Diario La República – No me dejes mama. Htm), pág 1

(4) Ibit (3) pág. 2

(5) Elaine Missiaggia. Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con
cáncer de mama con quirurgia radical y de conservación. En Tesis para
obtener el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en
Psicología Clínica y de la Salud. UNMSM. Lima-Perú; 2004

(6) Elizabeth Valderrama Torres. Relación entre la imagen corporal y las
estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas”. En Tesis para
obtener el título de Profesional de Psicología. UNMSM. Lima Perú; 2003

(7) Gustavo Adolfo Chirinos Arroyo. “Niveles de ansiedad y depresión en las
pacientes mastectomizadas y sus cónyuges que asisten al Programa de
Rehabilitación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. En tesis
para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú; 1995

(8) Mónica Elena Salvador Carbonel, Viviana Rocío Colona Risco.
“Efectividad del Modelo de Calixta Roy en la atención a las pacientes
mastectomizadas en relación a su autoimagen, en el INEN”. En tesis para
obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú; 1995.

(9) Pamela Alejandra Araya Aburto, Angela Lucía Yáñez Yáñez. “Evaluación de la Calidad de Vida de pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer”. En Tesis para obtener el título de Licenciado en Kinesiología. Universidad de Chile. Chile; 2006

(10) Romus, Minet y Timsit. “Impacto de la mutilación causada por una mastectomía radical en la imagen corporal, autorrepresentación e identidad femenina de pacientes de cáncer de seno”. Francia; 2005

(11) Priscila Andrea Narváez Pinochet. “Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama, en el Hospital Clínico Regional de Valdivia”. En tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Austral de Chile. Valdivia – Chile; 2004.

(12) Raimunda Magalhaes da Silva, Almerinda Holanda Gurgel. “Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de las mujeres mastectomizadas del Grupo de Enseñanza, Pesquisa, Autoayuda y Asistencia a la Mujer Mastectomizada. Universidad Fortaleza Ceara. Riberão Preto – Brasil; 2002

(13) INEN. Cada año se diagnostican más de 40 mil casos de cáncer. En Reporte de Prensa. 2006. pág 1

(14) Buscador: Google. Tema: Cáncer en el Perú [http. //www.Untitled Document.htm](http://www.Untitled Document.htm)

(15) Buscador: Google, Tema: Epidemiología del Cáncer de mama <http://www.Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - BAspectos epidemiológicos del Cáncer de Mama en el Hospital Regional de Ica-B.htm>

(16) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cirugía, Lima: Fondo Editorial de la UNMSM; 1999

(17) Op. Cit (13) pág 2

(18) Prochazka R. Sobrevida y Recurrencias en Cáncer de Mama según el Estadío Clínico y el Compromiso Axilar. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú., 2001, pág 10

(19) Jhonathan S. Berek. Ginecología de NovaK. 13ªed. México, DF. Ed: Mc Graw Hill. 2003, pág 445

(20) Op. Cit (19) pág 1101

(21) Ibid (19) pág 445

(22) Ibid (19) pág 1110

(23) Barreto, M.P., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). La intervención psicológica en pacientes de cáncer. Madrid – España. Ed: Clínica y Salud, 4 (3), pág 253

(24) Carmen Alonso Fernández. Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención. Madrid – España. Ed: Interpsiquis. 2006

(25) Op. Cit (24)

(26) Op. Cit (24)

(27) Op. Cit (24)

(28) Ibid (7) pág 16

(29) Ibid (7) pág 20

(30) D. Arcila, R. Escapa, D. Velásquez. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. México, DF. 2002, pág 30

(31) Baile Ayensa, José Ignacio. ¿Qué es la imagen corporal?, Ed: Tudela. Tudela – España. 2004, pág 12

(32) Op. Cit (8), pág 18

(33) James Whittaker. Psicología Motivacional. 4ªed. México. Ed: Interamericana. 1998, pág179

(34) Joan Costa. La imagen y el impacto visual. México. Ed. Harla. 2001, pág110

(35) Op. Cit (30), pág 32

(36) Buscador: Google, Tema: enfermedades Oncológicas [D:\Orientacion e Intervencion Situaciones Especiales con respecto a la sexualidad.mht](#)

(37) Buscador: Google, Tema: Paciente mastectomizada <http://www.Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía.htm>

(38) Op. Cit (37)

(39) Buscador: Google, Tema: Mujer mastectomizada <http://www.Recomendaciones Para La Mujer mastectomizada tras El Alta Hospitalaria. Htm>

(40) Op. Cit (37)

(41) Op. Cit (39)

(42) Op. Cit (8), pág 29

(43) Op. Cit (37)

(44) Lesly Yanina Ruiz Zapata. "Percepción de los pacientes multidrogoresistentes del programa de control de Tuberculosis sobre la calidad de Atención de Enfermería". En tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú; 2002, pág 40

BIBLIOGRAFÍA

ARRAZTOA, J. Cáncer: Diagnóstico y Tratamiento. Chile. Ed. Mediterráneo. 2001

ARRAZTOA, J. La Mama: Diagnóstico y Tratamiento. 2º ed. Chile. Ed. Mediterráneo. 2004

BEREK, Jhonathan S. Ginecología de Novak. 13ªed. México, DF. Ed. Mc Graw Hill. 2003

CONTRERAS, J. Calidad de vida: definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. Madrid – España, Ed. Oncología. 2005

COOK, Fontaine. Enfermería Psiquiátrica. 6ªed. Madrid-España. Ed. MC. Graw Hill. 2000

COSTA, Joan. La imagen y el impacto visual. México, Edit. Harla. 2001

CHIRINOS. Gustavo A. “Niveles de ansiedad y depresión en las pacientes mastectomizadas y sus cónyuges que asisten al Programa de Rehabilitación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. En Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú; 1995

DAY, RM. Psicología de la Percepción Humana. México. Edit. Limusa Wiley. S.A. 1994.

HERNÁNDEZ, Gerardo A. Avances en Mastología.4ªed. Caracas- Venezuela. Ed. Cromotip. 2006

JORG, Willy. La pareja humana: Relación y Conflictos. 4º ed. Madrid – España. Ed. Morata. 2003

LÓPEZ, J. VILADÚ, P. ROSELL, R. Manual de Oncología. Barcelona. Ed. Toray. 2002

MURPHY, Gerald P. Oncología Clínica. Washington. Ed. OPS-Publicación Científica N° 556. 1999

MONTERO, A. y cols. Cuidados continuos en oncología radioterápica: Control de síntomas crónicos. Efectos secundarios del tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia. Madrid – España, Ed. Oncología. 2005

MYERS, D. Psicología. 5ª ed. Madrid – España, Ed Panamericana. 1999.

OTTO, Shirley E. enfermería Oncológica. 3° ed. Madrid-España Ed. Mosby. 1999

PEREZ, Alfredo. Ginecología. 3°ed. Santiago de Chile Ed. Publicaciones Tecnicas Mediterráneos. 2005

RAICH. María. Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. 1°ed. Madrid- España. Ed: Ediciones Pirámide. 2001

ROBLES, Sylvia. “El cáncer de mama en América Latina y El Caribe” Rev. Panamericana de la Salud Publica vol.12, Edit Publications, Washington – EE.UU. 2002

SALVADOR, Mónica E, COLONA, Viviana R. “Efectividad del Modelo de Calixta Roy en la atención a las pacientes mastectomizadas en relación a su autoimagen, en el INEN”. En Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú; 1995.

SOCIEDAD AMERICANA DE CÁNCER. Cáncer de seno. Washington. Ed. American Cancer Society. 2000

WHITTAKER, James. Psicología Motivacional. 3°ed. México. Ed Interamericana. 1998

INTERNET

Buscador: Google, Tema: Paciente Mastectomizada <http://www.Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía.htm>

Buscador: Google, Tema: Mujer mastectomizada <http://www.Recomendaciones Para La Mujer mastectomizada tras El Alta Hospitalaria.htm>

Buscador: Google, Tema: enfermedades Oncológicas <D:\Orientacion e Intervencion Situaciones Especiales con respecto a la sexualidad.mht>

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS	PÁG.
A OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	I
B FORMULARIO ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT.....	II
C CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	V
D PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS.....	VI
E DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO: PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	VII
F DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.	VIII
G CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN GENERAL DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL INEN.....	IX
H CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO FÍSICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	X
I CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XI

J	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.	XII
K	TABLA MATRIZ DE INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN: FORMULARIO ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT.....	XIII
L	FRECUENCIA POR ITEMS- INSTRUMENTO PARA LA MEDICION DE PERCEPCION DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.	XIV
M	DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XVII
N	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XVIII
N	OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XIX
O	NÚMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XX
P	OCUERRENCIA DE ABORTOS DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XXI
Q	EDAD DE MENARQUÍA DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XXII
R	ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XXIII

S	TIPO DE CÁNCER DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XXIV
T	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XXV
U	TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INEN.....	XXVI
V	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.....	XXVII
X	FRECUENCIA CON QUE REALIZAN EJERCICIOS FÍSICOS LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES	XXVIII
Y	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOLAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.	XXIX

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal.	Es el resultado de un proceso mental que permite formar impresiones, opiniones o sentimientos acerca de la representación mental y conciente de su propio cuerpo en base a los aspectos perceptual físico, psicológico y social de la paciente sometida a una mastectomía.	Es la respuesta expresada de la paciente sobre la impresión que tiene de su propio cuerpo después de una mastectomía relacionada con los aspectos: físico, psicológico y social, el cual será obtenido mediante un formulario tipo Escala de Lickert y valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.	Aspecto Físico	-Se siente incompleta -Poco atractiva para su pareja -Apariencia física -Tipo de vestimenta que usa	Favorable
			Aspecto Psicológico	-Sentimientos de minusvalía _Experimenta rechazo de su nueva imagen corporal -Inseguridad -Sentimientos de lástima -Temor al rechazo de su pareja -Piensa que su relación de pareja cambiará -Aceptación de los resultados de la cirugía -Poca comunicación con su pareja -Dependencia hacia la pareja	Medianamente favorable
			Aspecto Social	-Tendencia al aislamiento -Duelo prolongado -No participa en actividades sociales o familiares -Evita el acercamiento de su pareja No habla de los resultados de la cirugía	Desfavorable

ANEXO B

UNMSM-FM
E.A.P. DE ENFERMERÍA
2006

FORMULARIO

PRESENTACIÓN

Buenos días mi nombre es Evelyn Escobar Rodriguez, soy estudiante de la Universidad Nacional Mayor de san Marcos, estoy realizando un estudio con la finalidad de obtener información sobre la percepción que tiene la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal. Por lo que le solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a los enunciados que a continuación se presentan, expresándole de ante mano que la información brindada es de carácter **anónimo**. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES

- ♦ Código
 - ♦ Fecha:
 - ♦ Piso hospitalización
 - ♦ Edad:
 - ♦ Grado de Instrucción:
 - ♦ Ocupación:
 - ♦ Estado civil:
 - ♦ Número de hijos:
 - ♦ Número de embarazos
 - ♦ Fecha menarquia:
-
- ♦ Antecedentes familiares con cáncer: ()SI ()NO Tipo de Cáncer: _____
¿Qué parentesco guarda con Ud.?:
() Abuelos () Padres () Hermanos
() Otros
Su familiar recibe tratamiento: ()SI ()NO

 - ♦ Usted utiliza anticonceptivos: ()SI ()NO
Indique cual: _____

 - ♦ Consume alcohol: ()SI ()NO
Frecuencia: () Diario () Interdiario () 1 vez por semana () Ocasional

 - ♦ Consume alimentos ricos en grasa: ()SI ()NO
Frecuencia: () Diario () Interdiario () 1 vez por semana () Ocasional

 - ♦ Realiza ejercicios físicos: ()SI ()NO
Frecuencia: () Diario () Interdiario () 1 vez por semana () Ocasional

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de enunciados los cuales usted deberá responder en forma sincera. Cada enunciado presenta 3 alternativas de respuesta que deberá marcar con un aspa (X) el enunciado que considere estar de acuerdo con su opinión. Las alternativas de respuesta son:

Siempre

A veces

Nunca

	ENUNCIADO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1.	Le agrada verse en el espejo luego de la operación			
2.	Después de la mastectomía, acepta el acercamiento de su pareja			
3.	Actualmente le agrada utilizar ropa que se ajuste a su cuerpo			
4.	Le agrada su apariencia física después de la cirugía			
5.	Le molesta asistir a actividades sociales			
6.	Siente la misma libertad que antes con su pareja			
7.	Le mortifica los efectos físicos de la cirugía			
8.	Piensa que ahora sus amigos la puedan rechazar			
9.	Le agrada que su pareja la mire vestirse			
10.	Le molesta tener que ir nuevamente a su trabajo			
11.	Le agrada estar sola			
12.	Piensa que puede tener limitaciones con otras mujeres			
13.	Le molesta hablar de los resultados de la cirugía con los demás			
14.	Le preocupa su arreglo personal			
15.	Acepta con resignación la pérdida de su seno			
16.	Teme que su pareja rechace los resultados de la cirugía			
17.	Le entusiasma salir a pasear con sus amigos			
18.	Le molesta colocarse ropa ceñida			
19.	Piensa que ahora sigue siendo atractiva para su pareja			
20.	Piensa que la pérdida de su seno pueda cambiar su relación de pareja			

21.	Piensa que a perdido su lado femenino			
22.	Le agrada pensar que pronto volverá a realizar sus actividades diarias del hogar			
23.	Le desagrada que su pareja la observe mientras se viste			
24.	Piensa que su pareja acepta los efectos físicos de la cirugía			
25.	Le atrae salir a pasear con sus familiares			
26.	Le agrada estar en compañía con su pareja			
27.	Permanece callada cuando su pareja esta cerca de usted			
28.	Es indiferente con su pareja			
29.	Le preocupa que las demás personas noten los efectos físicos de la cirugía			
30.	Prefiere estar en casa que salir a la calle			
31.	No le agrada recibir visita de amigos			
32.	Cree que después de la cirugía se ha vuelto muy reservada			

Gracias por su colaboración

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____,
con DNI N°: _____, a través del presente documento expreso
mi voluntad de participar en la investigación titulada Percepción de la
Paciente mastectomizada sobre su imagen corporal.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los
objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en
el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en
mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente
dicha información asegurándome la máxima confiabilidad.

Firma de la Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

Estimado paciente

La investigadora del estudio para el cual usted ha manifestado su
deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se
compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información,
así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines
de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE

Evelyn Escobar Rodriguez
Autora del Estudio

ANEXO D

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUEZ DE EXPERTO						P
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0,010
2	1	1	1	1	1	0	0,0109
3	1	1	1	1	0	1	0,0109
4	1	1	1	1	1	0	0,0109
5	1	1	1	1	1	0	0,0109
6	1	1	1	1	0	1	0,0109
7	1	1	1	1	1	1	0,010

Si $p < 0,05$ la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (Si); **Desfavorable** = 0 (No)

Los resultados obtenidos por cada juez fueron menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL INEN LIMA – PERÚ 2007

Coefficiente de correlación R de Pearson: Correlación item - test

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{(N\sum x^2 - (\sum x)^2)(N\sum y^2 - (\sum y)^2)}$$

Donde:

N: Tamaño del conjunto x e y

$\sum x$: sumatoria de puntajes simples de la variable x.

$\sum y$: Sumatoria de puntajes simples de la variable y.

$\sum y^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

$\sum x^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

r_{xy} : coeficiente de regresión el conjunto x é y

Si $r > 0.2$ el instrumento es válido; por lo tanto según los resultados es válido para cada uno de sus ítems.

ÍTEMS	R. de Pearson
01	0.512
02	0.393
03	0.455
04	0.771
05	0.432
06	0.62
07	0.727
08	0.518
09	0.528
10	0.248
11	0.279
12	0.574
13	0.503
14	0.248
15	0.369
16	0.74

ÍTEMS	R. de Pearson
17	0.39
18	0.281
19	0.603
20	0.715
21	0.613
22	0.311
23	0.616
24	0.579
25	0.202
26	0.455
27	0.539
28	0.504
29	0.618
30	0.656
31	0.436
32	0.687

ANEXO F

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL INEN LIMA – PERÚ 2007

Coefficiente de Confiabilidad ALFA de Crombach:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \cdot \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

K: Número de Ítems

s_i^2 Varianza de cada ítems

s_t^2 : varianza total

Obteniéndose los siguientes resultados:

$$\alpha = \frac{32}{31} \left(1 - \frac{23.14}{197.16} \right)$$

$$\alpha = 1.03 (1-0.117)$$

$$\alpha = 0.909$$

$\alpha > 0.50$ significativo

Este valor nos indica que el instrumento tiene una confiabilidad de 90%. Además todo valor α superior a 0.5 indica que el instrumento utilizado es confiable y fuertemente consistente

ANEXO G
CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN GENERAL
DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE
SU IMAGEN CORPORAL EN EL INEN
LIMA- PERÚ
2007

Para la clasificación de la percepción general de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal se utilizó la Escala de Media Aritmética, para ello se siguió el siguiente proceso

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\sum = 3385$$

2. Se calculó el promedio: X

$$x = 73,59$$

4. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 32 - 74

Favorable: 75 - 96

ANEXO H

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO FÍSICO EN EL INEN LIMA- PERÚ 2007

1. 1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\sum = 956$$

2. Se calculó el promedio: X

$$x = 20,78$$

3. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 11 - 22

Favorable: 23 - 33

ANEXO I

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO EN EL INEN LIMA- PERÚ 2007

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\Sigma = 1254$$

2. Se calculó el promedio: X

$$x = 27,26$$

4. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 11 - 27

Favorable: 28 - 33

ANEXO J

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE SU IMAGEN CORPORAL EN EL ASPECTO SOCIAL EN EL INEN LIMA- PERÚ 2007

1. Se calculó la sumatoria de todos los ítems:

$$\sum = 1175$$

2. Se calculó el promedio: X

$$x = 25,54$$

4. Finalmente se establecieron las categorías de la variable

Desfavorable: 10 - 26

Favorable: 27 - 33

ANEXO K

**TABLA MATRIZ DE INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN
DE LA PERCEPCIÓN: FORMULARIO ESCALA
MODIFICADA TIPO LICKERT**

Nº	PERCEPCION GENERAL																																								
	ASPECTO FISICO										ASPECTO PSICOLOGICO										ASPECTO SOCIAL																				
PT	1	3	4	7	9	14	18	19	21	23	29	2	6	11	15	16	20	24	26	27	28	32	5	8	10	12	13	17	22	25	30	31									
1	2	1	2	2	1	3	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3							
2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1	3	1	1	3	3	2	3	1	3	3	1	1							
3	1	1	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3								
4	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	2	1	2	1	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1								
5	2	1	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3								
6	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	3	3	1	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	1	1								
7	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2							
8	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1							
9	2	2	3	3	1	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1							
10	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3							
11	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3							
12	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	3	3	3	1	1	1	3	2	1	1	3	3	1	3								
13	3	1	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3							
14	2	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3							
15	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3						
16	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1						
17	3	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3					
18	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3					
19	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
20	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1					
21	3	3	1	1	3	1	1	1	1	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
22	1	1	2	1	3	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1				
23	1	1	2	1	3	3	1	3	1	3	1	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1				
24	3	1	3	3	3	2	1	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3				
25	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1				
26	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	3	2	1	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3			
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
28	3	1	2	1	1	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
29	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	3	3	1	2	1	3	2	2	1	1	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3			
30	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1			
31	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2			
32	3	1	3	3	3	2	1	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1		
33	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
34	3	3	1	1	3	1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1		
35	1	1	1	1	2	1	1	3	3	2	3	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3		
36	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	
37	1	1	1	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
38	2	1	3	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
39	3	1	3	3	1	3	1	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	
40	3	1	3	3	1	3	1	3	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
41	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	3	2	1	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	
42	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	
43	1	1	1	3	1	3	1	3	2	1	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	
44	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
45	3	1	3	3	3	3	1	2	1	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3
46	1	1	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	

ANEXO L

**FRECUENCIA POR ITEMS - INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE
PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

ASPECTO FÍSICO:

ITEMS	ENUNCIADO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.	Le agrada verse en el espejo luego de la operación	13	28.3	7	15.2	26	56.5	46	100
3.	Actualmente le agrada utilizar ropa que se ajuste a su cuerpo	6	13	2	4.3	38	82.7	46	100
4.	Le agrada su apariencia física después de la cirugía	19	41.3	7	15.2	20	43.5	46	100
7.	Le mortifica los efectos físicos de la cirugía	23	50	4	8.7	79	41.3	46	100
9.	Le agrada que su pareja la mire vestirse	29	63	2	4.3	15	32.7	46	100
14.	Le preocupa su arreglo personal	30	65.2	4	8.7	12	26.1	46	100
18.	Le molesta colocarse ropa ceñida	38	82.7	0	0	8	17.3	46	100
19.	Piensa que ahora sigue siendo atractiva para su pareja	26	36.5	7	15.2	13	28.3	46	100
21.	Piensa que a perdido su lado femenino	20	43.5	7	15.2	19	41.3	46	100

23.	Le desagrada que su pareja la observe mientras se viste	14	30.5	3	6.5	29	62.9	46	100
29.	Le preocupa que las demás personas noten los efectos físicos de la cirugía	18	39.1	6	13	22	47.9	46	100

ASPECTO PSICOLÓGICO

ITEMS	ENUNCIADO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2.	Después de la mastectomía, acepta el acercamiento de su pareja	26	56.5	7	15.2	13	28.3	46	100
6.	Siente la misma libertad que antes con su pareja	28	60.9	14	30.4	4	8.7	46	100
11.	Le agrada estar sola	13	28.3	6	13	27	58.7	46	100
15.	Acepta con resignación la pérdida de su seno	41	89.2	2	4.3	3	6.5	46	100
16.	Teme que su pareja rechace los resultados de la cirugía	9	19.6	12	26.1	25	54.3	46	100
20.	Piensa que la pérdida de su seno pueda cambiar su relación de pareja	13	28.3	9	19.6	24	53.1	46	100
24.	Piensa que su pareja acepta los efectos físicos de la cirugía	34	73.9	1	2.2	11	23.9	46	100
26.	Le agrada estar en compañía con su pareja	43	93.4	1	2.2	2	4.4	46	100
27.	Permanece callada cuando su pareja esta cerca de usted	15	32.7	7	15.2	24	52.1	46	100
28.	Es indiferente con su pareja	6	13	5	10.9	35	76.1	46	100
32.	Cree que después de la cirugía se ha vuelto muy reservada	20	43.5	6	13	20	43.5	46	100

ASPECTO SOCIAL

ITEMS	ENUNCIADO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5.	Le molesta asistir a actividades sociales	13	28.3	5	10.9	28	60.9	46	100
8.	Piensa que ahora sus amigos la puedan rechazar	5	10.9	6	13	35	76.1	46	100
10.	Le molesta tener que ir nuevamente a su trabajo	5	10.9	2	4.3	39	84.8	46	100
12.	Piensa que puede tener limitaciones con otras mujeres	12	26.1	9	19.6	25	54.3	46	100
13	Le molesta hablar de los resultados de la cirugía con los demás	7	15.2	4	8.7	35	76.1	46	100
17.	Le entusiasma salir a pasear con sus amigos	32	69.6	4	8.7	10	21.7	46	100
22.	Le agrada pensar que pronto volverá a realizar sus actividades diarias del hogar	19	41.3	7	15.2	20	43.5	46	100
25.	Le atrae salir a pasear con sus familiares	44	95.2	1	2.2	1	2.2	46	100
30.	Prefiere estar en casa que salir a la calle	37	58.7	8	17.3	11	24	46	100
31.	No le agrada recibir visita de amigos	16	34.8	4	8.7	26	56.5	46	100

ANEXO M

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Edades	Pacientes	
	Nº	%
30-39 años	7	15,22%
40-49 años	15	32,61%
50-59 años	16	34,78%
60- + años	8	17,39%
Total	46	100%

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO N

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Edades	Pacientes	
	Nº	%
Primaria	13	28,26%
Secundaria	29	45,65%
Superior	12	26,09%
Total	46	100%

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO Ñ

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007

Ocupación	Pacientes	
	Nº	%
Ama de casa	25	54,35%
Comerciante	11	23,91%
Empleado	10	21,74%
Total	46	100%

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO O

**NÚMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Número de hijos	Pacientes	
	Nº	%
0	3	6,52%
1-2	19	41,3%
3-4	15	32,61%
5 a +	9	19,57%
Total	46	100%

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO P

OCURRENCIA DE ABORTOS DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA - PERÚ
2007

Abortos		Pacientes	
		Nº	%
NO		25	54.35%
SI	1 - 2	19	41,3%
	3 - 4	2	4,35%
Total		46	100%

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO Q

**EDAD DE MENARQUIA DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Edad de menarquía	Pacientes	
	Nº	%
10-12	12	26,09%
13-15	31	67,39%
16-+	3	6,52%
Total	46	100%

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO R

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Antecedentes Familiares		Pacientes	
		Nº	%
NO		23	47,83%
SI	Abuelos	4	8,69%
	Padres	11	23,91%
	Hermanos	3	6,52%
	Tíos	6	13,05%
Total		46	100%

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO S

TIPO DE CANCER DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007

Tipo de Cáncer	Pacientes	
	Nº	%
Mama	9	37,5%
Estómago	5	20,83%
Ovario	3	12,5%
Hígado	2	8,33%
Pulmones	1	4,17%
Próstata	1	4,17%
Nosé	3	12,5%
Total	24	100

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO T

**USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Uso de Anticonceptivos	Pacientes	
	N°	%
SI	21	45,65%
NO	25	54,35%
Total	46	100

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO U

TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADO
POR LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007

Tipo de Anticonceptivos	Pacientes	
	Nº	%
Píldoras	12	57.14%
T de cobre	4	19.05%
Inyectables	5	23.81%
Total	21	100

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO V

**CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Alimentos ricos en grasa		Pacientes	
		Nº	%
SI	Diario	2	4,35%
	Interdiario	5	10,87%
	1 vez por semana	12	26,09%
	ocasional	8	17,39%
NO		19	41,3%
Total		46	100

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO X

FRECUENCIA CON QUE REALIZAN EJERCICIOS
FÍSICOS LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007

Frecuencia de ejercicios físicos		Pacientes	
		Nº	%
SI	Diario	1	2,17%
	Interdiario	4	8,69%
	1 vez por semana	5	10,87%
	ocasional	7	15,22%
NO		29	63,05%
Total		46	100

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

ANEXO Y

**CONSUMO DE ALCOHOL DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ
2007**

Consumo de alcohol		Pacientes	
		Nº	%
SI	Ocasional	11	23,91%
	1 vez por semana	1	2,17%
NO		34	73,92%
Total		46	100

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes mastectomizadas en el INEN Agosto - Diciembre 2007

