



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación  
postoperatorio de mujeres mastectomizadas del  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Oncológica

**AUTOR**

Jacqueline Geraldina MIRANDA BARRIOS

Roxana Luz VERGARA GARCIA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Miranda J. Nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación postoperatorio de mujeres mastectomizadas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

---

De mi especial agradecimiento a

Mi profundo agradecimiento a

Dedico el presente estudio

A mi

A mi

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pag.</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vii</b>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. Planteamiento del problema .....	3
B. Formulación del problema de investigación .....	5
C. Justificación .....	5
D. Objetivos .....	6
E. Propósito: .....	6
F. Marco teórico .....	6
F.1 .Antecedentes .....	6
F.2. Base teórica .....	10
G. Definición operacional de términos .....	24
H. Operacionalización de la variable .....	25
<b>CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO</b>	
A. Nivel, tipo y metodo .....	28
B. Área de estudio .....	28
C. Población y muestra .....	28
D. Técnica e instrumento .....	29
E. Plan de recolección de datos .....	29
F. Plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos .....	30
G. Consideraciones éticas de la investigación .....	30
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES y LIMITACIONES</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		PAG
1	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIO EN MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	34
2	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	36
3	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	38
4	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACION, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	40

## RESUMEN

El cáncer de mama constituye el tumor maligno mas frecuente en la mujer y representa una de las primeras causas de muerte en la población femenina. Desde la mitad del siglo pasado, su incidencia ha ido aumentando, aunque su mortalidad se ha mantenido mas o menos estable, siendo el mejor y mayor conocimiento de los factores de riesgo, el diagnostico precoz de la enfermedad y los avances en los tratamientos las causas que han favorecido esta evolución.

En tal sentido el presente estudio titulado: *“Nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación posoperatorio de mujeres mastectomizadas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas–2006.”*. Tuvo como objetivo; determinar el nivel de conocimientos sobre el proceso de recuperación en mujeres mastectomizadas.. El método de estudio fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 pacientes.; se administró un cuestionario de conocimientos.

Los resultados fueron que la edad promedio esta entre 41–50 años; 53,8%, provenientes de la costa, 42,5% son casadas y 47,5% tienen estudios de nivel secundario; con respecto al nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación de las mujeres mastectomizadas 56,3% de mujeres tienen un nivel bajo de conocimiento

**Palabras claves: Cáncer de mama, proceso de recuperación, conocimientos, mastectomía.**



## SUMMARY

The cancer of breast constitutes the malignant tumor frequent mas in the woman and represents one of the first reasons of death in the feminine population. From the half of last century, his effect has been increasing, though his mortality has been kept more or less stable, being the best and major knowledge of the factors of risk, the precocious diagnosis of the disease and the advances in the treatments the reasons that have favored this evolution.

To this respect the present qualified study: " Level of knowledge on the process of recovery posoperatorio of women mastectomizadas of the National Institute of Diseases Neoplásicas-2006. ". It had as aim; to determine the level of knowledges on the process of recovery in women mastectomizadas.. The method of study was descriptive of transverse court. The population was shaped by 80 patients; one administered a questionnaire of knowledges.

The results were that the average this age between 41-50 years; 53,8 %, provenientes of the coast, 42,5 % is married and 47,5 % has studies of secondary level; with regard to the level of knowledge on the process of recovery of the women mastectomizadas 56,3 % of women has a low level of knowledge.

Key words: Cancer of breast, process of recovery, knowledges, mastectomy.

## PRESENTACIÓN

Como causa de muerte en las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar, seguido por cáncer del estómago y cáncer de cuello uterino. El tratamiento moderno, actual, se basa en una serie de nuevos conocimientos adquiridos en las dos últimas décadas sobre la biología del tumor que ha sido demostrada tanto por la investigación en el laboratorio. A pesar de que aún no se ha llegado a la situación ideal de poder elegir la operación más adecuada para cada paciente, básicamente las alternativas terapéuticas de hoy en día se pueden compendiar en dos: el empleo de la cirugía radical que equivale a la mastectomía clásica o modificada y al manejo conservador

Las complicaciones más frecuentes son el linfedema, la neuropatía, la disminución de la movilidad del hombro, problemas locales en la herida quirúrgica<sup>(1)</sup>. La aparición de estas secuelas depende directamente de la extensión de la linfadenectomía (número de ganglios disecados) y de los tratamientos complementarios a la cirugía, como puede ser la radioterapia <sup>(2,3,4)</sup>. La complicación más frecuente de la linfadenectomía axilar, de hecho, aparece en el 10 – 12 % de las mujeres sometidas a dicho tratamiento.

Por lo que el presente estudio titulado: *“Nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación posoperatorio de mujeres mastectomizadas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas– 2006.”*. Tuvo como objetivo; determinar el nivel de conocimientos sobre el proceso de recuperación en mujeres mastectomizadas.. El método de estudio fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 pacientes.; se administró un cuestionario de conocimientos.

El propósito estuvo orientado a brindar información actualizadas a la institución para establecer y elaborar estrategias que ayude a disminuir y controlar los riesgos y/o complicaciones post mastectomias.

Consta de Capitulo I, Introducción, Capitulo II Material y Método, Capitulo III: Resultados y Discusión, Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú, el Cáncer es un problema de salud pública, habiendo 35,000 casos nuevos por año, ocupa el segundo lugar como causa de muerte registrada a nivel nacional, según estadísticas oficiales del Ministerio de Salud las neoplasias malignas más frecuentes que han sido identificadas en estudios de base poblacional son: Cáncer de Cuello Uterino, Mama, Estómago, Próstata y Pulmón.

Uno de los problemas del cáncer, como preocupación de la salud pública, es que afecta a todas las edades, así mirando las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud se comprueba que, en el período 1985-1997, en el grupo de edad de 0 - 14 años se presentaron 3,919 casos, siendo las leucemias y los linfomas representativas casi del 50%, mientras que en el grupo etáreo de 45 a 64 años, de los 26,208 casos, el 42% corresponden a casos de cuello uterino y de mama. <sup>(5)</sup>

Es necesario adoptar las medidas necesarias que eviten el incremento de los casos de cáncer, no solo por la exposición a los factores de riesgo, sino considerando la adquisición de hábitos saludables en las diferentes etapas de la vida. <sup>(6)</sup>

En la actualidad, los avances científicos y tecnológicos han favorecido el desarrollo de distintas modalidades terapéuticas para el tratamiento del cáncer de mama, como pueden ser la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia, que en combinación con la cirugía, han permitido disminuir la agresividad de la misma reduciendo las secuelas de la intervención y mejorando la supervivencia de la

enfermedad avanzada. Así pues, la cirugía radical ha dejado paso a técnicas más conservadoras con las que se respeta la integridad de los músculos pectorales y en algunos casos, cuando las características del tumor lo permiten, se puede conservar la glándula. Este tipo de cirugía asociada a otros tratamientos es considerada, actualmente, la más adecuada.

El linfedema es la complicación más frecuente de la linfadenectomía axilar, de hecho, aparece en el 10 – 12 % de las mujeres sometidas a dicho tratamiento. Cuando existe riesgo de recidiva axilar por afectación extracapsular ganglionar o tratamiento quirúrgico insuficiente (exéresis de menos de 10 ganglios) es preciso administrar tratamiento radiante sobre la axila. En estas circunstancias, el porcentaje de aparición de linfedema aumenta hasta un 20%. Esta complicación, definida como un incremento del volumen del brazo superior a un 10% <sup>(7)</sup> está provocada por la acumulación de linfa (fluído rico en proteínas) en el tejido intersticial del brazo homolateral al tratamiento quirúrgico. Es un proceso crónico que repercute en las afectadas de una manera importante, produciendo alteraciones funcionales, alteración de la imagen corporal, morbilidad psicológica, peor adaptación a la enfermedad, dificultades en su entorno familiar, pérdida de autoestima, y aislamiento social <sup>(8,9)</sup>, alterando considerablemente la calidad de vida de la mujer y para el que actualmente no existe tratamiento médico o quirúrgico eficaz.

En el que hacer diario de los servicios de cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas se ha podido observar problemas de diversa índole que afectan la salud del enfermo desde aspectos sociales, económicos y emocionales mas aun cuando se trata de la extirpación de una parte del cuerpo que limita la función habilidad y/o originan secuelas desagradables que limitan el estilo de vida del

paciente por un tiempo relativamente largo. Las pacientes reciben una consejería y orientación acerca de su enfermedad y el tratamiento que van a seguir a pesar de ello es elevada la cantidad de pacientes que regresan al instituto con canceres muy avanzados porque no se tomo conciencia de la misma.

Ante esta problemática las pacientes que serán sometidas a mastectomía necesitan recibir consejería y orientación antes, durante y después de la intervención quirúrgica proceso en el cual la enfermera juega un rol muy importante tanto en su labor educativa cuyo objetivo es mejorar y ampliar los conocimientos que traen estas mujeres como mejorar su actitud durante en su proceso de recuperación.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Frente a lo expuesto se propuso realizar un estudio sobre:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el proceso de recuperación postoperatorio de las mujeres mastectomizadas del servicio de cirugía 4<sup>to</sup> piso Este, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Agosto – Diciembre, 2006?

## **C. JUSTIFICACIÓN**

La incidencia de pacientes mastectomizadas va en aumento, así mismo el riesgo de padecer complicaciones post operatorios, razón por el cual la educación e información que se brinda al paciente y familia deben ser claras y concisas.

Por ello es necesario conocer el nivel de información que tiene cada paciente acerca de su enfermedad, tratamiento y rehabilitación.

En base a esta información se podrán realizar estrategias que ayuden a disminuir y controlar las posibles complicaciones post operatorias

## **D. OBJETIVOS**

Los objetivos que se formularon para el presente estudio fueron:

### ***D.1. GENERAL***

Determinar el nivel de conocimientos sobre el proceso de recuperación de las mujeres mastectomizadas del 4<sup>to</sup> piso E, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas., durante los meses de Agosto – Diciembre 2006.

### ***D.2. ESPECÍFICOS***

- Identificar los conocimientos que tienen las pacientes mastectomizadas sobre su enfermedad
- Identificar los conocimientos que tienen las pacientes mastectomizadas sobre el tratamiento.
- Identificar los conocimientos que tienen las pacientes mastectomizadas sobre su rehabilitación.

## **E. PROPÓSITO:**

El propósito del presente estudio estuvo orientado a proporcionar información actualizada y relevante que permita a la Institución formular estrategias y desarrollar programas educativos dirigidos al paciente y familia sobre las medidas preventivo promocionales a través de la educación personalizada.

## **F. MARCO TEÓRICO**

### **F.1 .ANTECEDENTES**

Al realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios, así tenemos que:

**Romus, Minet y Timsit, En 1990, en Francia;** realizaron un estudio orientado a evaluar el impacto de la mutilación causada por una mastectomía radical en la imagen corporal, auto representación e identidad femenina de pacientes de cáncer de seno. Fueron evaluadas 14 mujeres mediante la administración del Rorschach, examen psiquiátrico y otros tests.

Los hallazgos indicaron que las pacientes experimentaron auto representación regresiva, imagen corporal negativa, rechazo, ansiedad de castración, negación y miedo de ser abandonadas por sus parejas.<sup>(10)</sup>

**Carver et al. 1993, en Estados Unidos,** evaluaron el rol mediador del afrontamiento en el efecto del optimismo sobre el distress en 59 pacientes de cáncer de mama. Las pacientes fueron evaluadas un día antes de la cirugía, diez días después y a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. El método que utilizó fue de tipo cuantitativo, la técnica fue la entrevista, el instrumento fue escala de likert modificado. Dentro de las conclusiones entre otras tenemos:

La aceptación, el reencuadre positivo y el uso de la religión fueron las reacciones de afrontamiento más comunes, mientras que la negación y el desenganche conductual fueron las menos utilizadas.

Algunas reacciones de afrontamiento estuvieron enlazadas a buenos resultados y otras a resultados pobres. Las estrategias que más destacaron por sus efectos positivos fueron la aceptación, el uso del humor y el reencuadre positivo; estas reacciones estuvieron relacionadas a bajos niveles de distress concurrente y predijeron menor distress en los siguientes puntos de medición.

Por otro lado, la negación y el desenganche conductual estuvieron asociados a un ajuste pobre, en tanto, correlacionaron con niveles más altos de distress concurrente y predijeron mayor distress en los meses de seguimiento. Se



encontró además que mayores niveles de distress tendían a promover mayores niveles de desenganche mental..<sup>(11)</sup>

**Meléndez et al. en Lima, en 1994;** realizó un estudio sobre “ACTITUDES ANTE LA CIRUGÍA A MUJERES CON CANCER DE MAMA” tuvo como objetivo orientado a identificar las actitudes ante la cirugía y su relación con la edad, estado civil y grado de instrucción. Ña población de 50 mujeres sometidas a mastectomía radical (con edades entre los 20 y 70 años), El instrumento que se aplicó fue la escala de Likert modificado. Dentro de las conclusiones entre otros tenemos.

un 18% del total de la muestra presentó una aceptación parcial ante la mastectomía, un 52% presentó negación y un 30% una negación total respecto a la intervención. En cuanto a la edad, se encontró que el grupo de 41 a 50 años es el que presenta las actitudes de negación y negación total en mayor medida (32% y 16% respectivamente), lo cual parece estar relacionado al hecho que en esta edad la mujer atraviesa además por cambios hormonales (menopausia) que desencadenan diversos cambios en su identidad. Respecto al estado civil, las mujeres casadas presentaron mayores porcentajes de negación (30%) y negación total (12%), y son éstas quienes refirieron además mayores dificultades en su vida sexual.

Los resultados indicaron asimismo que los niveles más elevados de instrucción no se relacionan con una mejor actitud ante la cirugía, debido a que el momento impactante por el que atraviesan y las reacciones emocionales asociadas a él interfieren en la valoración de la enfermedad. En cuanto al estado civil, se reportó que las mujeres solteras son más autocríticas y que las casadas muestran una tendencia importante, aunque no estadísticamente significativa, a manifestar temor por el futuro.

La relación entre variables permitió a su vez observar una tendencia al aislamiento social asociada a la enfermedad y al tipo de tratamiento, y una constante autocrítica

relacionada con las diversas manifestaciones de ansiedad (Valderrama, Carbellido y Domínguez - Trejo, 1995).<sup>(12)</sup>

**Bartmann y Roberto, en Lima 1996**, realizó un estudio sobre “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO - COGNITIVO ACTIVO, CONDUCTUAL ACTIVO Y EVITACIÓN, EN MUJERES MASTECTOMIZADAS” tuvo como objetivo examinar las estrategias de afrontamiento–cognitivo activo, conductual activo y evitación en mujeres mastectomizadas. Siendo el método cuantitativo, técnica de entrevista, como instrumento se aplicó la escala de likert modificado. La población estuvo conformado por 51 mujeres de mediana edad (de 45 a 64 años) y 49 adultas mayores (de 65 a 91 años de edad), quienes fueron sometidas a mastectomía. Concluye entre otros:

Los datos indicaron que, aunque ambos grupos usaron las estrategias de afrontamiento activo-cognitivo y activo-conductual, la mayoría de las adultas mayores emplearon estrategias de evitación. Más aún las adultas mayores que fueron más propensas a usar una estrategia de evitación y menos propensas a usar una estrategia activo-cognitiva reportaron elevados niveles de depresión.<sup>(13)</sup>

Así mismo Carmen Cereijo y colaboradores mencionan que el objetivo de la planificación sanitaria es mejorar la eficacia del sistema mediante un programa ambulatorio para la mujer con cáncer de mama centrado en cuidar, prestar apoyo o impartir educación a la mujer en el preoperatorio con el objeto de capacitarla para terminar la recuperación en el domicilio con seguridad en el entorno familiar y mejorando su calidad de vida. En la educación preoperatorio se valora las necesidades de aprendizaje de las mujeres incluidas en el programa y se planificaron los cuidados de enfermería, el objetivo es capacitar a las mujeres para que sean independientes en su auto cuidado al

momento del alta; valorando la capacidad de aprendizaje, informando porque necesita drenaje y cual es su funcionamiento dando tiempo para que el paciente practique y aclare sus dudas. En la evaluación postoperatoria inmediata se comprueba el estado general del paciente, su nivel de conciencia, las constantes vitales, la vía de perfusión y el apósito quirúrgico para detectar posibles signos de hemorragia aguda, una vez recuperada la paciente es dada de alta dándole citas con enfermería a las 48 horas y a los 7 días visita medica. La atención ambulatoria ofrece beneficios al proporcionar asistencia de calidad a un menor costo y aumenta la satisfacción del usuario que recibe una atención eficaz, segura, personalizada y rápida resolución del proceso. (14)

**Comentario:** se observa que en la población de estudio inicialmente los conocimientos sobre prevención de cáncer en la mujer eran segmentarios, incompletos y no tenerlos; impartiendo la educación y capacitación modifican ampliamente sus conocimientos.

## **F.2. BASE TEÓRICA**

### **CANCER DE MAMA**

#### **DEFINICIÓN:**

El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo. Su incidencia mundial esta aumentando por razones que aun no se han determinado. (15)

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por una división y crecimiento descontrolado de las células malignas (cancerosas). Dichas células poseen la capacidad de invadir el órgano donde se originaron, de viajar por la sangre y el líquido linfático hasta otros órganos más alejados y crecer en ellos. (16)

El cáncer de mama es una afección en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama. La mama esta compuesta por lóbulos y conductos. Cada mama tiene de 15 a 20 secciones llamados lóbulos los cuales comprenden secciones mas pequeñas denominadas lobulillos, los lobulillos terminan en docenas de bulbos minúsculos que pueden producir leche; los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados denominados conductos.<sup>(17)</sup>

Cada mama contiene vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos transportan un liquido incoloro llamado linfa. Los vasos linfáticos se comunican con órganos pequeños llamados ganglios linfáticos, los cuales son estructuras con forma de fríjol que se encuentran en todo el cuerpo, filtran sustancias en un liquido llamado linfa y ayudan a proteger contra infecciones y enfermedades. Un grupo de ganglios linfáticos se encuentra en la axila bajo el brazo sobre la clavícula y el pecho. El tipo mas común de cáncer de mama es el carcinoma distal el cual comienza en las células de los conductos. El cáncer se origina en los lóbulos o los lobulillos, se denomina carcinoma lobular y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas que otros tipos de cáncer. El cáncer inflamatorio de mama es un tipo de cáncer menos frecuente en el cual la mama esta caliente al tacto, enrojecida e inflamada <sup>(18)</sup>.

### **ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO.** <sup>19,20,21,22</sup>

La investigación a demostrado que no existe una causa única conocido del cáncer mamario. Es una enfermedad heterogénea, que muy probablemente se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra y que en su mayoría aun se desconocen.

Edad y género.- es un factor muy importante 77% de los casos nuevos y 84 % de las muertes por cáncer de mama ocurren en mujeres de 50 años a más. El cáncer de mama esta claramente relacionado con influencias hormonales.

Factores genéticos y antecedentes familiares.- se han encontrado dos genes variantes el BRCA1 y BRCA2. Los genes P53 y BARD1 también son importantes. Otras investigaciones han identificado otros genes defectuosos que pueden causar cáncer de mama en los cuales están BRCA3 y el NOEY2 (que es una enfermedad heredada solo del lado paterno de la familia).

Los altos niveles hormonales durante los años reproductivos de una mujer, especialmente cuando estos no han sido interrumpidos por los cambios hormonales del embarazo, parece aumentar las posibilidades de que las células genéticamente dañadas crezcan y causen el cáncer.

Menarquia temprana y menopausia tardía; las mujeres que inician tempranamente sus periodos menstruales antes de los 12 años o llegan a la menopausia después de los 55 años tienen un riesgo mayor. Igual sucede con aquellas que no tuvieron hijos o los tuvieron después de los 30 años.

Anticonceptivos orales.- pueden aumentar ligeramente el riesgo de sufrir cáncer de mama, dependiendo de la edad, el tiempo de uso y otros factores, nadie sabe por cuanto tiempo se mantiene este efecto después de suspenderlos.

Terapia de reemplazo hormonal.- también aumenta el riesgo de sufrir cáncer de mama.

Características físicas.- la obesidad como factor de riesgo sigue siendo controvertido. Algunos estudios muestran que si lo es y que se asocia posiblemente con la producción de altos niveles de estrógeno en las mujeres obesas.

Consumo de alcohol.- el alto consumo de alcohol (mas de 1 o 2 tragos al día) se relaciona con un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama.

Químicos.- varios estudios han señalado que la exposición a sustancias químicas similares a los estrógenos, que se encuentran en pesticidas y ciertos productos industriales pueda aumentar también el riesgo.

DES.- las mujeres que tomaron dietilstilbestrol para evitar abortos pueden tener un riesgo alto de sufrir cáncer de mama después de los 40 años.

Radiación.- las personas que han estado expuestas a radiación, particularmente durante la infancia, pueden tener igualmente un riesgo alto de cáncer de mama en su vida adulta, sobre todo quienes recibieron radiación en el tórax por cánceres anteriores.

Otros factores.- un nivel socioeconómico alto se asocia con un mayor riesgo de padecer con cáncer de mama, sin embargo el nivel socioeconómico precario se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad debido a la enfermedad. La etnia también es importante, las mujeres que no son blancas tienen menos riesgo de padecer la enfermedad, pero mas probabilidad de que les cause la muerte (16).

### **CARACTERISTICAS CLINICAS<sup>23, 24</sup>**

*Síntomas mas frecuentes de manifestación:*

- Masa (sobre todo si es dura, irregular y asintomático) o endurecimiento en la mama o la axila.
- Secreción espontánea, persistente y unilateral del pezón, de carácter serohemático, hemático o seroso.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría).
- Depresiones o rugosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón.

*Síntomas de propagación local o regional:*

- Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas.
- Piel de naranja.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos axilares.

*Evidencia de enfermedad metastásica:*

- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical supra clavicular.
- Anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural.
- Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gamma grafía ósea positiva o dolor relacionado con la afección ósea.
- Resultados anormales de la prueba de función hepática. (14)

**PRUEBAS DE DIAGNOSTICO<sup>25,26,27</sup>**

**AUTOEXAMEN DE MAMA**

El auto examen de mama es un examen gratuito, privado y relativamente sencillo. La mayoría de las masas palpables en la mama son descubiertas por la propia mujer. Debe aconsejarse a las mujeres que se realicen el auto examen de la mama mensualmente. Las mujeres premenopáusicas deben examinarse entre el quinto y el séptimo día después del comienzo de la menstruación. Las mujeres

posmenopáusicas deben seleccionar el mismo cada mes para realizar el auto examen de la mama. Las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia deben seguir examinándose cada mes aunque las mujeres lactantes deben de hacerlo después de haber vaciado las mamas. Las mujeres que han sido sometidas a cirugía por cáncer de mama deben de continuar realizándose el auto examen de la mama.

Los componentes para adquirir esta destreza incluyen la inspección de las mamas frente a un espejo, la palpación de todo el área de la mama utilizando las yemas de los dedos y con distintos niveles de presión, el empleo de patrones de movimiento específicos (como círculos tamaño de una moneda pequeña con un patrón de líneas verticales, diagonales o circulares) y el uso de una posición que facilite el procedimiento, como el de estar acostada en decúbito dorsal.

## **MAMOGRAFIA**

La mamografía es el único método comprobado para detectar el cáncer de mama antes de que pueda palparse por medio del examen clínico o el auto examen. El cribado con mamografía se usa para detectar la enfermedad en mujeres asintomaticas.

## **BIOPSIAS**

Es la remoción de células, tejido o líquido para visualización en un microscopio y verificación de la presencia de signos de enfermedad; hay cuatro tipos de biopsias:

- Biopsia por exéresis: la remoción de todo un tumor o lesión.
- Biopsia por incisión: la remoción de parte del tumor o la lesión.
- Biopsia central: remoción de una muestra de tejido con una aguja ancha.



- Biopsia por punción o aspiración con aguja fina: la remoción de una muestra de tejido o líquido con una aguja muy fina.

Posteriormente se realizará el análisis de receptores estrogénicos y de progesterona; si se encuentra cáncer y pueden brindar información sobre las posibilidades de reaparición del cáncer. Los resultados de los exámenes revelan si la terapia hormonal puede detener el crecimiento del cáncer.

## **ESTADIOS DEL CANCER DE MAMA**

El cáncer mamario por lo general se clasifica de acuerdo con el sistema TNM (Tumor, Neoplasia, Metástasis), el cual evalúa el tamaño del tumor (T) la afección a los ganglios linfáticos regionales (N) y la propagación a distancia de la enfermedad o metástasis (M) <sup>(28)</sup>

*ETAPA 0:* carcinoma in situ, hay dos tipos:

- Carcinoma ductal in situ (CDIS) es un cáncer de mama muy precoz que puede desarrollarse en un tipo invasivo de cáncer mamario.
- Carcinoma lobular in situ (CLIS) no es cáncer más bien un marcador o indicador que identifica a una mujer con un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama invasivo. Es común que ambas mamas estén afectadas.

*ETAPA I:* EL tumor tiene un tamaño no menor a 2 centímetros (1 pulgada) y no se ha diseminado fuera de la mama.

*ETAPA II:* el tumor tiene un tamaño inferior a 5 cm. Y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos están adheridos entre ellos a otras estructuras o tiene un tamaño mayor a 5 cm. Y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y estos pueden estar adheridos entre ellos a otras estructuras.

- Etapa IIA: el tumor tiene un tamaño no mayor a 2 cm. Pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, o tiene 2 y 5 cm. Pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.
- Etapa IIB: El tumor tiene un tamaño entre 2 y 5 cm. ( 1 a 2 pulgadas) y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares o tiene un tamaño mayor a 5 cm. Pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.

*ETAPA III:* el tumor se ha diseminado a los tejidos cerca de la mama (piel, pared y músculos pectorales) o se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de la pared pectoral a lo largo del esternon.

*ETAPA IV:* El tumor se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, más a menudo a los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro, o se ha diseminado a los ganglios linfáticos en el cuello, cerca de la clavícula.

## **TRATAMIENTO**<sup>29,30,31,32</sup>

La selección del tratamiento inicial esta basada en muchos factores. Para los cánceres en etapa I – II o III, las principales consideraciones son tratar adecuadamente el cáncer y evitar la recurrencia, ya sea en el lugar del tumor original (local) o en cualquier otra parte del cuerpo (metastásica). Para la etapa IV, el objetivo es mejorar los síntomas y prolongar la supervivencia, sin embargo, en la mayoría de los casos el cáncer en etapa IV no se puede curar.<sup>(33)</sup>

Se utiliza cuatro tipos de tratamiento estándar:

- **CIRUGIA:** la cirugía conservadora de la mama incluye la mastectomía donde se remueve el tumor y una pequeña cantidad del tejido normal circundante. Normalmente después de esta cirugía se aplica radioterapia.<sup>(34)</sup>
- **Mastectomía parcial o segmentaría;** se retira el tumor y tejido en torno al tumor y el recubrimiento de los músculos pectorales,

algunos ganglios linfáticos bajo el brazo. En la mayoría de los casos se aplica radioterapia.

- Mastectomía total o simple; se retira toda la mama y los ganglios linfáticos.
- Mastectomía radical modificada; se retira la mama, ganglios linfáticos, el recubrimiento de los músculos pectorales.

Si el médico extirpa todo el tumor visible al momento de la cirugía, el paciente puede ser sometido a radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal, después de la cirugía con la finalidad de eliminar toda célula cancerosa que pueda quedar. Al realizar la mastectomía mamaria en las pacientes debe considerarse la reconstrucción mamaria, la cual puede realizarse al momento de la mastectomía o posterior a esta.<sup>(35)</sup>

**RADIOTERAPIA:** tiene efectos localizados sobre el cáncer mamario y como tal, tiene una función como terapia adyuvante en el control local y regional de la enfermedad así como en terapias combinadas para la enfermedad avanzada local, regional o que han hecho metástasis.<sup>(36)</sup>

La radioterapia se administra en combinación con la cirugía conservadora para lograr un control local de la enfermedad en mujeres con cáncer mamario en estadio precoz ( I – II )

Se ha comprobado que la radiación reduce el riesgo de crecimiento posterior de un tumor invasivo en las pacientes con una historia de CDIS.

La planificación del tratamiento se hace para asegurar una homogeneidad en la dosis, reproduciendo la posición de la paciente de manera consistente y utilizando equipo de supervoltaje. Cada campo se trata diariamente de lunes a viernes con una dosis total de 4500 a

5000 centigrays. De esta forma el procedimiento toma entre cuatro y cinco semanas.<sup>(37)</sup>

La radioterapia puede usarse en combinación con la quimioterapia para encoger las lesiones inoperables de la mama lo suficiente para que su resección quirúrgica sea viable.<sup>(38)</sup>

La toxicidad asociada con la radioterapia a menudo es leve y reversible; incluye cambios locales en la piel, fatiga generalizada, dolor relacionado con la inflamación temporal de los nervios o de los músculos pectorales en el campo de la radiación y en ocasiones irritación de la garganta. La radiación axilar extensa puede agravar el linfedema y crear dificultades con el movimiento. .<sup>39)</sup>

**QUIMIOTERAPIA:** los medicamentos de primera línea utilizados en cáncer de mama son la ciclofosfamida, doxorrubicina, metrotexato y 5-Fluracilo, en pacientes que no responden a este tratamiento se recurre a la mitomicina C sola o con vinblastina. Las combinaciones con taxol no están desarrolladas por completo y no se ha dilucidado el valor relativo de este fármaco con respecto a los tratamientos mas establecidos.<sup>40)</sup>

Los protocolos de combinaciones más populares son similares a las utilizadas como tratamiento coadyuvante: CMF, CA o CAF ; la duración óptima de la quimioterapia en las mujeres con cáncer de mama metastático es claramente superior a los 6 meses, pero no se conoce que el tratamiento prolongado ofrezca mejor calidad de vida a la paciente ni mayor supervivencia. <sup>(41)</sup>

**TERAPIA HORMONAL:** las hormonas son sustancias químicas producidas por las glándulas del cuerpo y que circulan por el torrente sanguíneo. El estrógeno y progesterona son hormonas que afectan la

manera en que crece el cáncer. Si las pruebas revelan que las células cancerosas tiene receptores de estrógeno y progesterona, la terapia hormonal se utiliza para bloquear la manera en que esas hormonas contribuyen al crecimiento del cáncer. <sup>(42)</sup>

El Tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con etapas tempranas de cáncer de mama y pacientes con cáncer metastático de mama. La terapia hormonal con tamoxifeno o estrógenos puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y aumentar la posibilidad de padecer cáncer de endometrio. <sup>(43)</sup>

**RECUPERACIÓN:** Puede definirse como la actividad que permite desarrollar al máximo el potencial físico, psíquico, social, vocacional y educacional del paciente incapacitado. Para llevar a cabo este propósito es necesario un equipo multidisciplinario que conozca de forma exhaustiva todas aquellas necesidades generales por los problemas funcionales que presenta un determinado paciente potenciando al máximo las habilidades que conserva y atendiendo a las posibles repercusiones psicológicas y sociales que el cambio corporal pueda ocasionar.

Así por ejemplo, la incapacidad funcional de las mujeres mastectomizadas puede aminorarse si estas técnicas de rehabilitación se inician precozmente. La recuperación abarca:

- Recuperación física.- lograr una recuperación funcional no dolorosa del brazo afecto.
- Recuperación psicológica.- lograr mediante nuestra ayuda que la paciente acepte la pérdida de la imagen corporal y conseguir que haga frente a temores generados por la enfermedad.

- Recuperación estética.- devolver la apariencia física mediante la utilización de prótesis externos o mediante la reconstrucción mamaria.
- Recuperación emocional.- enseñar a la paciente a prevenir la infección o aparición de edema en el brazo afecto y lograr que se reincorpore a sus ocupaciones.

La hospitalización y la cirugía se relacionan con factores estresantes como la separación de la familia, la pérdida del control de la situación y la anestesia general. La tristeza por la pérdida prevista (de una parte o de toda la mama), sentirse preparada para la cirugía y el alivio de que el cáncer será extirpado, a menudo se confunden después de la operación con la preocupación sobre el informe final de patología y la afección de los ganglios linfáticos.

Si bien es clave el tratamiento quirúrgico y farmacológico, también es muy importante que los especialistas conozcan la situación posterior al tratamiento de la mujer en lo que se refiere al ámbito psico – social”. “Pero también es importante para prevenir y paliar otras secuelas como son la recuperación de la movilidad en el hombro y prevención de rigideces, consecuencia de las posibles adherencias de la cicatriz en la fosa axilar”.

La prolongada supervivencia de pacientes con cáncer de mama ha evidenciado que la rehabilitación de las mastectomizadas es necesaria. Esta debe ser una faceta imprescindible en los programas terapéuticos coordinados y abordada conjuntamente por médicos, enfermeras, visitadoras sociales, pacientes y familiares.

Las líneas generales de la rehabilitación son:

**Cuidados psicológicos:**<sup>44,45</sup>

La paciente que va a ser mastectomizada debe entrevistarse previamente o inmediatamente después de la intervención con una mujer anteriormente mastectomizada, es importante que se trate de una mujer atractiva y con apariencia femenina.

La crisis aguda psicológica postoperatoria suele durar de 4 a 6 semanas, aunque hay pacientes que las presentan seriadas. La única manera de superar positivamente la crisis subsiguiente a la mutilación, es que la paciente trabaje activamente en su problema y lo más nefasto es que lo niegue. A nivel hospitalario debe crearse grupos de paciente mastectomizados, a ser posible de edad, profesión, etc. semejantes, pero comenzando ante todo por el planteamiento individual (situación familiar, motivaciones vitales, respuesta psicológica a la mutilación, vocación – profesión y situación en la comunidad).

#### **Cuidados físicos:<sup>46,47</sup>**

Cuidar la herida y comenzar a mover el brazo son tareas físicas. La movilización precoz genera preocupaciones sobre un posible aumento en el drenaje a través de la sonda, detrás en el retiro del dispositivo, formación de un seroma después de un drenaje, y posibilidad de que la herida no cierre y se infecte. Las preocupaciones sobre la movilización tardía se relacionara con dificultades en el movimiento del brazo y del hombro que pueden producirse si los ejercicios no se comienzan antes. Restringir el movimiento conlleva el riesgo potencial de no poder mover el hombro mas adelante. Algunos ejercicios post operatorios como la flexión y extensión de la mano, la muñeca, el hombro y movimientos limitados para actividades sencillas (comer o cepillarse los dientes) parecen razonables justo después de la cirugía 3 a 5 días después se van añadiendo ejercicios diseñados para recuperar el movimiento pleno de la articulación del hombro.<sup>(48)</sup>

Tales programas de ejercicio a menudo son diseñados por un equipo multidisciplinario conformado por profesionales de enfermería, cirugía, terapia ocupacional y fisioterapia, los cuidados incluyen:

- Actividad post operatoria(posición y cuidado del brazo operado, drenajes, venoclisis)
- De ambulación precoz, la tos y la respiración profunda.
- Todos los lugares de acceso intravenoso o las venopunsiones deben realizarse en el brazo no operado.
- Vigilar la herida para detectar inflamación, dolor, tumefacción o secreción purulenta.
- Vigilar el drenaje e instruir a la paciente, deben estar intactos y asegurados a la piel o las ropas para que no se muevan, observe el color y la cantidad de liquido que drene.
- Valore a la paciente y administre los medicamentos para el dolor o las molestias según este indicado.
- Brindar información sobre las sensaciones normales que experimentara la paciente después de la operación como parestesias en la región superior interna del brazo y aumento de la sensibilidad de la piel.
- Valore si la paciente esta preparada para mirar la incisión.
- Enseña a la paciente los cuidados del brazo y los ejercicios post quirúrgicos (ver anexo).
- Instruya para que evite las labores arduas del hogar como aspirar, barrer, mover, levantar objetos de mas de 5 kg.
- Enséñale a usar prótesis temporal y hable con ella de las posibles opciones después de la mastectomía para lograr un sentido de asimetría y balance antes de que se le adapte la prótesis permanente.



### **Complicaciones posteriores:**

- Relacionados con la cirugía
  - ⇒ Enlentecimiento de la cicatrización de la herida.
  - ⇒ Linfedema.
  - ⇒ Disfunción del hombro.
- Radioterapia
  - ⇒ Reacciones cutáneas.
  - ⇒ Linfedema.
  - ⇒ Disfunción del hombro.
  - ⇒ Supresión de la medula ósea.
  - ⇒ Fatiga.
- Quimioterapia
  - ⇒ Supresión de la medula ósea (hemorragia – sepsis).
  - ⇒ Estomatitis.
  - ⇒ Anorexia, náuseas y vomito.
  - ⇒ Extravasación, necrosis cutánea.
  - ⇒ Cistitis hemorrágica.

### **G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

A continuación se presenta los términos que se utilizan en el estudio para una mejor comprensión.

#### **CONOCIMIENTO**

La paciente tienen mastectomizada tiene la facultad de conocer sobre su enfermedad y tratamiento y recuperación, aprender las características e importancia de la rehabilitación y del nuevo estilo de vida que deberá asumir.

#### **MUJER MASTECTOMIZADA**

Mujer que ha sufrido un proceso quirúrgico agresivo, acompañado de proceso traumático en la vida y la salud de la mujer.

### **CALIDAD DE VIDA**

A mayor conocimiento de su enfermedad, tratamiento y rehabilitación le ayudara a recuperar una vida normal o casi normal logrando máximo beneficio en su rehabilitación.

### **RECUPERACION Y REHABILITACION**

La rehabilitación es una parte muy importante del tratamiento del cáncer de mama para ayudar a volver a la actividad normal lo antes posible e impedir las restricciones de movimiento.

La recuperación será distinta para cada mujer dependiendo de la extensión de la enfermedad, el tratamiento recibido y otros factores.

### **Conocimientos sobre el proceso de recuperación que tienen las mujeres mastectomizadas**

Son las informaciones básicas adquiridas mediante un proceso activo de enseñanza aprendizaje relacionado al proceso de recuperación post mastectomía.

## **H. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

### **VARIABLE DE ESTUDIO**

Nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación de las mujeres mastectomizadas.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLE DE ESTUDIO:</b> Nivel de conocimientos sobre el proceso de recuperación posoperatorio que tienen las mujeres mastectomizadas				
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
El conocimiento esta referido al "saber qué", cuya definición esta basada en la capacidad de estructurar experiencia por medio de conceptos, causas, efectos, razones, siendo su característica principal OBJETIVIDAD en el uso de las medidas preventivas, durante el proceso de recuperación en mujeres mastectomizadas.	CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sabe Ud. que enfermedad tiene?</li> <li>2. Se dice que cáncer es?</li> <li>3. Que causa nos podría llevar a tener cáncer?</li> <li>4.Cuál es la manera más sencilla y barata de diagnosticar un posible cáncer de mama?</li> <li>5. Con que frecuencia se realiza el autoexamen de mama</li> </ol>	Es toda aquella información sobre el proceso de recuperación que poseen las mujeres mastectomizadas, el cual será obtenido mediante la encuesta utilizando un cuestionario y jerarquizando en que conoce y no conoce un tema presentado	<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO:</p> <p>ALTO 11-15</p> <p>MEDIO 6-10</p> <p>BAJO 0-5</p>
	CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ud. cree que sacar un pedacito de tejido de la mama podrá diagnosticar el cáncer de mama</li> <li>7. Que entiende Ud. por quimioterapia?</li> <li>8. Que entiende Ud. por radioterapia?</li> <li>9. Que entiende Ud. por hormonoterapia?</li> <li>10. Cuál de las siguientes, es una recomendación para cuidar su brazo operado?</li> </ol>		
	CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. la rehabilitación del brazo operado debe iniciarse:</li> <li>12. Si Ud. se va a casa con el drenaje que signo de alarma debe tener en cuenta?</li> <li>13. la herida operatoria deberá curársela con:</li> <li>14. Cual de los siguientes son ejercicios de rehabilitación?</li> <li>15. Cual de los siguientes es signo de complicación?</li> </ol>		

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CRITERIOS PARA ASIGNAR VALOR	PROCEDIMIENTOS	APROX. DE TÉCNICAS DE INSTRUMENTACION	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Se asignará los siguientes valores según:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta correcta = 1</li> <li>• Respuesta incorrecta = 0</li> </ul> <p>Realizándose el cálculo para la categorización de la variable, aplicando la escala de Stanones en la curva de Gauss (Anexo F). Según el cual será:</p> <p style="margin-left: 40px;">Conocimiento bueno 11 a 15</p> <p style="margin-left: 40px;">Conocimiento regular 06 a 10</p> <p style="margin-left: 40px;">Conocimiento deficiente 0 a 05</p>	<p>Se realizó previa coordinación con las autoridades respectivas y tomando a la población de estudio que reúne los criterios de inclusión para evaluar a través de una entrevista, con una duración de 20 minutos</p>	<p style="text-align: center;">ENTREVISTA (TÉCNICA)</p> <p style="text-align: center;">CUESTIONARIO (INSTRUMENTO)</p>	<p>O R D I N A L</p>

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **A. NIVEL, TIPO Y METODO**

El presente estudio de investigación es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo exploratorio de corte transversal; ya que nos permitió obtener la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

#### **B. ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que se encuentra ubicado en la Av. Angamos Este 2520 Surco, Lima–Perú; en el cual se brinda atención al paciente oncológico. Cuenta con 7 pisos de los cuales el 4to y 5to piso son de cirugía, éstas están distribuidas por departamentos de: ginecología, cabeza y cuello, senos huesos y tumores mixtos, abdomen, radioterapia, neurocirugía, y tórax.

#### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **POBLACIÓN**

La población estuvo conformada de 483 pacientes que son atendidos por el departamento de senos, huesos y tumores mixtos, en un lapso de 5 meses. Siendo el 55% que corresponde a los casos de cáncer de mama operable y el 45% a los otros casos que el departamento atiende.

##### **MUESTRA**

Para obtener la muestra se hizo un muestreo probabilístico (Anexo T) siendo un total de 80 pacientes que fueron estudiados.

**Criterios de inclusión:**

- Mujer post operada de mama
- Estar comprometida a ser participe del estudio.
- Edad > 35 años.
- Que sepan leer y escribir.

**Los criterios de exclusión**

- Que no sepan leer y escribir.
- No estar comprometida a ser participe del estudio.

**D. TÉCNICA E INSTRUMENTO**

Se hizo uso de la técnica de la Entrevista y como instrumento de recolección de datos tipo “cuestionario” (Anexo B).

Para dar validez de contenido al instrumento (cuestionario), se sometió a juicio de expertos. 1 médico oncólogo y 7 enfermeras asistenciales – docentes (8 jueces), lo cual permitió reajustar el mismo de acuerdo a las sugerencias planteadas quedando finalmente con 15 ítems (Anexo B).

Posterior a ello se realizó la prueba piloto para determinar la validez y confiabilidad estadísticamente mediante el coeficiente biserial puntual (CBP) y Kuder Richarson .(Anexos G y H). Para la medición de la variable se aplicó la escala de stanone (Anexo F).

**E. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la ejecución del estudio se realizaron los trámites administrativos pertinentes para obtener la respectiva autorización en los servicios del 4<sup>to</sup> piso E. Luego se realizaron las coordinaciones respectivas con la enfermera jefe del servicio de cirugía del 4<sup>to</sup> piso E; a

fin de iniciar la recolección de datos en los meses de Agosto–Diciembre del 2006, aplicándose el instrumento por un lapso de 15 a 20 minutos.

## **F. PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Posterior a la recolección de datos, se realizó el procesamiento de datos mediante el programa del SPSS 12.0 previa elaboración de la tabla de códigos y la tabla matriz (Anexos C y D). Para la medición se asignó a la respuesta adecuada un valor de 1 y a la inadecuada un valor de 0. Luego del procesamiento de datos los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación respectiva.

Para la medición de la variable de estudio se aplicó la escala de stanone:

	<b>Enfermedad</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Rehabilitación</b>	<b>Nivel de conocimiento</b>
ALTO (>b)	>4	>4	>4	>11
MEDIO (a–b)	2–4	2–4	2–4	6–11
BAJO (<a)	<2	<2	<2	<6

## **G. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se tuvo en cuenta los principios éticos y bioéticos en la información recolectada. Principios como: respeto a la vida, dignidad humana (consentimiento informado), honradez, respeto, veracidad y confidencialidad.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados y presentados en cuadros y gráficos para su respectivo análisis e interpretación de acuerdo a la base teórica. Así tenemos que del 100%(80) de mujeres sometidos a mastectomía, 40%(32) tienen una edad de 41–50 años, 26,3%(21) tienen entre 51–60 años, 22,5%(18) tienen de 61 a más años y un 11,3%(9) son menores de 41 años (Anexo I); respecto a la procedencia, 53,8%(43) proceden de la costa, 32,5%(26) de la sierra y un 13,8%(11) provienen de la selva (Anexo K); respecto al estado civil, 42,5%(34) son casadas, 23,8%(19) solteras, 21,3%(17) convivientes, y un 12,5%(10) viudas (Anexo J); respecto al grado de instrucción, un 43,8%(38) de los pacientes tienen estudios secundarios, 27,6%(22) educación primaria y el 20%(20) cuenta con estudios superiores (Anexo L)

El cáncer de mama constituye el tumor maligno más frecuente en la mujer y representa una de las primeras causas de muerte en la población femenina. Desde la mitad del siglo pasado, su incidencia ha ido aumentando, aunque su mortalidad se ha mantenido mas o menos estable, siendo el mejor y mayor conocimiento de los factores de riesgo, el diagnostico precoz de la enfermedad y los avances en los tratamientos las causas que han favorecido esta evolución. La incidencia de lesiones preinvasivas y cánceres in situ ha aumentado en los últimos años a la vez que el carcinoma invasor ha disminuido. Esta evolución estadística se justifica en gran parte por la cada vez mayor generalización del screening mamográfico que se comenzó a mediados de los años 80 <sup>(49)</sup>.



Aunque el cáncer de mama es una enfermedad que afecta a toda la población, es el sexo femenino quien lo padece en un 99% de los casos, siendo por tanto el principal factor de riesgo para el cáncer de mama el ser mujer. Diversos estudios demuestran además que la edad es otro factor de riesgo importante. De hecho el 65%-70% de los cánceres de mama se producen en mujeres de 50 ó mas años de edad. La probabilidad de que una mujer menor de 50 años desarrolle un cáncer de mama es pequeña: 1 de cada 2500 mujeres desarrollará este tipo de cáncer a los 30 años y 1 de cada 215 a los 40 <sup>(50)</sup>.

Las tasas de incidencia de cáncer de mama en la mujer es casi doscientas veces más frecuente que en el hombre (193:1); siendo la tasa de incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad, pero este aumento es menos marcado después de los 45 años que durante la edad reproductiva, sugiriendo la influencia de las hormonas sexuales en su génesis. En los países o áreas en las cuales la tasa de incidencia es baja, no se aprecia un aumento marcado de la tasa de incidencia después de los 45–50 años de edad <sup>(51)</sup>.

Durante muchos años ha sido reconocido que la mujer con un estado socio–económico elevado, tiene un mayor riesgo a desarrollar la enfermedad. Otros estudios demuestran que en la mujer de un nivel ocupacional y educacional más alto, su riesgo es mayor. En general, la mayor incidencia de cáncer de mama mamario en la mujer de un mejor nivel social y económico, probablemente refleja los diferentes modelos reproductivos de su clase social como la paridad, edad al primer embarazo completo y edad de la menarquia<sup>(52)</sup>.

En todos los grupos étnicos estudiados, se ha podido observar que la mujer que no se ha casado, presenta a la edad de los 40 años,

más riesgo que la mujer casada, probablemente atribuida a la mayor frecuencia de nuliparidad en las mujeres no casadas <sup>(53)</sup>

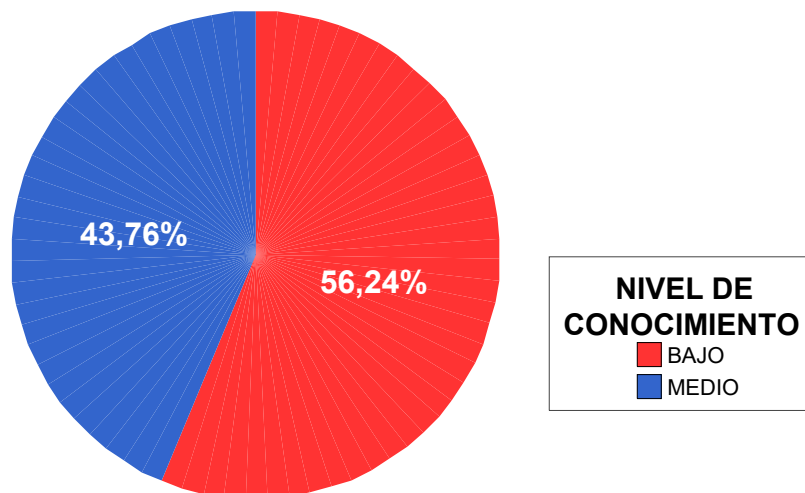
Por lo que se concluye que la edad que prevalece en las mujeres mastectomizadas se encuentra entre los 41–60 años, 53,8% son provenientes de la costa, tienen en su mayoría estudios de nivel secundario, siendo su estado civil – casadas. Son éstas uno de los factores más comunes que se relaciona con el desarrollo del cáncer de mama.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación de las mujeres mastectomizadas del servicio de cirugía (Gráfico N° 1), tenemos que del 100%(80); 56,24%(45) tienen un nivel de conocimiento bajo, 43,76%(35) medio y un 0,00% Alto. Los aspectos relacionados a los temas que desconoce tenemos: definición del cáncer 62,5%(50), medio de diagnóstico económico 52,5%(42), autoexamen de mama 72,5%(58), definición de quimioterapia 55%(44), radioterapia 75%(60), hormonoterapia 88,8%(71), signos de alarma – drenaje 55%(44), curación de herida 75%(60) y ejercicios de rehabilitación 88,8%(71); y con respecto a los temas que conocen tenemos: conoce que enfermedad tiene 55%(44), factores de riesgo 51,3%(41), finalidad de la biopsia 85%(68), recomendaciones para cuidar el brazo operado 67,5% (54), inicio de la rehabilitación 85%(68) y signos de complicación 67,5%(54). (Anexo Q, R, S)

La mastectomía se convierte así en un proceso quirúrgico agresivo, acompañado de consecuencias traumáticas en la vida y en la salud de la mujer.<sup>(54)</sup> Con el avance de las técnicas de detección, el descubrimiento precoz de la enfermedad y el tratamiento especializado se ha limitado la realización de mastectomía total y se obtiene una buena calidad de supervivencia. Aun así, no se puede negar, que la

## GRÁFICO N° 1

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIO EN MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006



FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas, Servicio de Cirugía, INEN-2006

intervención quirúrgica, puede perturbar la vida de una persona más que la propia enfermedad y la hospitalización, por ser una experiencia emocionalmente difícil. Durante el periodo posoperatorio, los individuos vivencian conflictos, presentan estado de tensión, ansiedad o miedo, como consecuencia de la incertidumbre de lo desconocido, la anestesia, la mutilación e incluso la posibilidad de muerte. <sup>(55)</sup>

El papel de la enfermera en el proceso de recuperación, es no solo cumplir con las indicaciones del médico, sino actuar como una intermediaria entre el médico y la paciente, fortaleciendo esa relación médico-paciente, tan importante para el éxito del tratamiento. Así como asesorar a la paciente en la prevención del edema de brazo, y apoyarla y esclarecerla para lograr su rehabilitación kinésica, psicológica y estética. <sup>(56)</sup>

Por lo que podemos concluir que el nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación de las mujeres mastectomizadas, en su mayoría 56,24% tienen un nivel bajo. Los aspectos relacionados a los temas que desconoce tenemos: Autoexamen de mama, definición de hormonoterapia y ejercicios de rehabilitación.

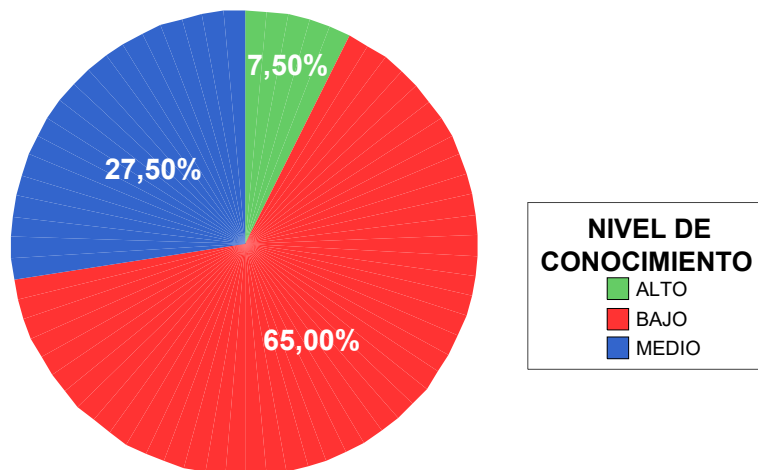
En cuanto al Nivel de conocimiento que tienen las mujeres mastectomizadas acerca de su enfermedad en los servicios de cirugía (Gráfico N° 2), tenemos que del 100%(80), 65%(52) tienen un nivel de conocimiento bajo, 27,5%(22) medio y 7,5%(6) alto. Los aspectos relacionados a temas que desconoce esta dado por. Definición del cáncer 62,5%(50), medio de diagnóstico económico 52,5%(42), autoexamen de mama 72,5% (58); y con respecto a los temas que conoce tenemos: Conoce que enfermedad tiene 53%(44), causa de desarrollar cáncer 51,3% (41). (Anexo Q).

El cáncer de mama es una enfermedad que resulta del crecimiento descontrolado de las células del tejido mamario que tiene la capacidad de viajar por la sangre y líquido linfático e invadir otras partes del cuerpo <sup>(57)</sup>. De acuerdo con el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, el 20% de los tumores malignos que afectan a la mujer, están localizados en las mamas, y una de cada 20 mujeres, desarrollará la enfermedad en el curso de su vida.<sup>(58)</sup>

El diagnóstico cada vez más temprano, básicamente a través de la mamografía, ha permitido que el tratamiento pueda ser ahora también conservador, es decir, menos agresivo que hace algunos años, cuando la mastectomía radical, todavía vigente, era la única alternativa u opción para las afectadas por esta enfermedad <sup>(59)</sup>. El screening mamográfico puede disminuir la mortalidad por cáncer de mama un 25-30% en edades comprendidas entre los 50 y 69 años. Las

## GRAFICO N° 2

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006



FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

campañas sistemáticas de mamografía con alta participación (más del 65%) pueden lograr una reducción del 20% en la mortalidad por esta enfermedad <sup>(60)</sup>.

Todos somos conscientes de que la prevención es medio más eficaz para combatir una enfermedad, y a éste concepto no escapa el cáncer de mama. Como no se conoce todavía una causa definida, por ahora su prevención primaria sigue siendo una utopía. Gracias a estudios multidisciplinarios se ha podido conocer que el cáncer de mama se desarrolla como resultado de factores ambientales o exógenos, y de factores personales o endógenos <sup>(61)</sup>.

Conscientes del riesgo de cáncer de mama, cada vez más mujeres se adhieren a las recomendaciones de la American Cancer Society para el cribado de esta enfermedad, que incluye el auto examen de mamario (AEM) periódico, un examen clínico mamario anual y una mamografía. El rol de la enfermera en este proceso es la educación sanitaria a las jóvenes y mujeres mayores sobre la

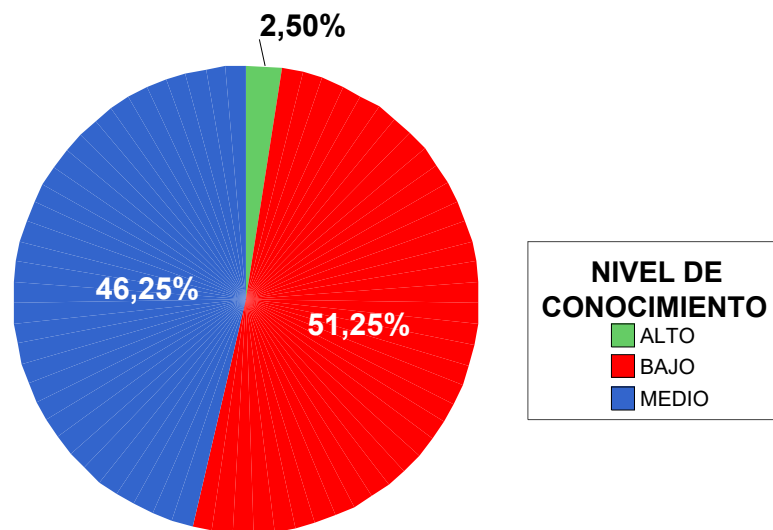
importancia del control de la salud de las mamas, ayudarlas en el aprendizaje y la realización de técnicas de AEM correctas; a su que se realice la mamografía herramienta de detección tumoral, pero no evita el desarrollo de un cáncer de mama, debiendo iniciarse con más frecuencia e importancia a los 40 años de edad. <sup>(62)</sup>

Por lo que podemos concluir que el nivel de conocimiento que tienen las mujeres mastectomizadas con respecto a su enfermedad, la mayoría tienen un nivel de conocimiento bajo 65%, los aspectos relacionados a conocimientos bajos tenemos la falta de información de: definición del cáncer, medios de diagnóstico económico y autoexamen de mama. Lo cual interviene indirectamente en el proceso de recuperación.

Respecto al nivel de conocimiento sobre el tratamiento que tienen las mujeres mastectomizadas del servicio de cirugía (Gráfico N° 3) tenemos que del 100%(80) , 51,5%(41) tienen un nivel de conocimiento bajo, 46,5%(37) medio y un 2,5%(2) alto. Los aspectos relacionados a los temas que desconoce tenemos: Definición de quimioterapia 55%(44), radioterapia 75%(60) y hormonoterapia 88,8%(71); y con respecto a los temas que conoce tenemos: finalidad de la biopsia 85%(68) y recomendaciones para cuidar su brazo operado 67,5%(54). (Anexo R).

**GRAFICO N° 3**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SU TRATAMIENTO,  
QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS  
EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006**



FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

La mastectomía radical modificada es el procedimiento quirúrgico más usado como tratamiento local del cáncer mamario; comprende la extracción de la glándula mamaria, la fascia pectoral subyacente y ganglios axilares. Este procedimiento marca el cambio en la concepción halstediana de cirugía en block y su derivación, la mastectomía radical <sup>(63)</sup>. Estudios demostraron que no había diferencia de resultado local, entre mastectomía radical modificada y mastectomía simple, y que los fracasos en el tratamiento se debían más a la diseminación antes de la cirugía, que a la persistencia de la enfermedad en el sitio primario. El tratamiento quirúrgico con conservación de la mama mas radioterapia es una alternativa válida a la mastectomía clásica o modificada como tratamiento del cáncer de la mama estadios I y II. Seis estudios prospectivos aleatorizados y múltiples estudios retrospectivos comparando la mastectomía radical modificada con la cirugía conservadora de la mama, han demostrado

sobre vidas libres de enfermedad y sobre vidas promedio equivalente a largo plazo con estas dos técnicas diferentes <sup>(64)</sup> .

La radioterapia redujo la probabilidad de recurrencia en el grupo de 1,137 pacientes tratadas con tumorectomía: la incidencia acumulativa de recurrencia a 20 años fue 14,3% entre las pacientes con irradiación después de la tumorectomía y de 39,2% entre el grupo tumorectomía sin radioterapia. El 36,85% del total de 1,851 pacientes estaba viva sin enfermedad, y no hubo diferencia significativa en la sobre vida libre de enfermedad en los tres grupos. Los autores concluyen que “tumorectomía seguida de radioterapia sigue siendo un tratamiento adecuado para mujeres con cáncer de mama, siempre que los márgenes estén libres de tumor y que el resultado cosmético sea aceptable <sup>(65)</sup> .

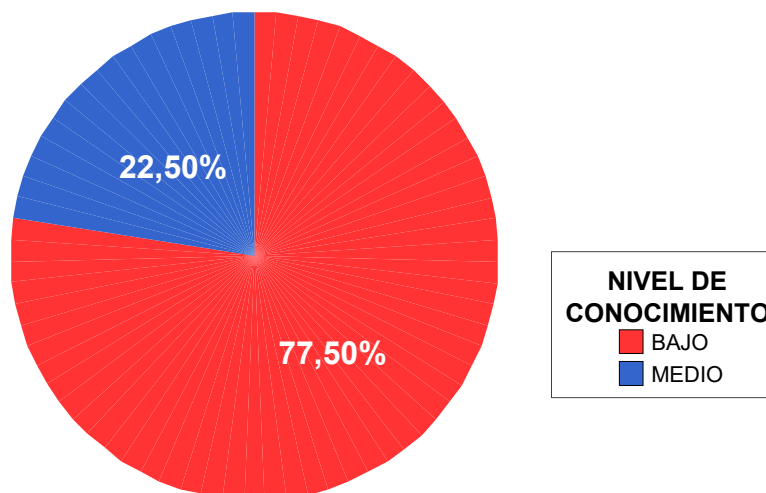
La aplicación de quimioterapia previa a cirugía produce un alto porcentaje de respuestas clínicas completas, reduce sustancialmente el tamaño del tumor permitiendo hacer cirugía conservadora e incluso puede encontrarse respuestas patológicas completas en el estudio de la pieza operatoria <sup>(66)</sup> .El empleo de quimioterapia de inducción ha prolongado el intervalo libre de enfermedad, pero hasta ahora ningún ensayo prospectivo, aleatorizado y comparativo ha podido demostrar ventaja en el promedio de sobre vida total. Lo que sí es rescatable es que la multidisciplinaria hace posible el uso de la cirugía conservadora de la manera en mayor número de casos <sup>(67)</sup> .

Por lo que podemos concluir que el nivel de conocimiento sobre el tratamiento de las mujeres mastectomizadas, en su mayoría 51,5% tienen un nivel bajo, esto relacionado a la falta de información de: Definición de la quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia Lo cual interviene negativamente en el proceso de recuperación.



#### GRAFICO N° 4

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SU REHABILITACION, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006



FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

Respecto al nivel de conocimiento sobre la rehabilitación, de las mujeres mastectomizadas (Gráfico N° 4), tenemos que del 100%(80), 77.5%(62) tienen un nivel de conocimiento bajo, 22,5%(18) medio y 0,00% alto. Los aspectos relacionados a los temas que desconoce tenemos: Signos de alarma–drenaje 55%(44), Curación de la herida operada 75%(60) y ejercicios de rehabilitación 88,8% (71); con respecto a los temas que conoce tenemos. Inicio de la rehabilitación 85%(68) y signos de complicación 67,5%(54) (Anexo S).

La rehabilitación es un proceso dinámico cuyo fin es capacitar a la persona en su máximo nivel dentro de las limitaciones de su enfermedad, en términos de potencial físico, mental, emocional, social y económico. En la etapa terapéutica la enfermera desarrolla su rol tradicional, no sólo por el desempeño de sus actividades específicas, sino por su cooperación con el mastólogo, radioterapeuta, kinesiólogo,

psicólogo, que constituyen el equipo médico de éste período del abordaje de la enfermedad.<sup>(68)</sup>

Como la formación de hematoma e infección de la herida son las principales complicaciones del post operatorio inmediato, la función fundamental de la enfermera en esta etapa, mientras la paciente permanece internada, es el cuidado del hemosuc para evitar que se tape y provoque un hematoma. Asimismo infecciones de la herida. Por eso se aconseja desconectarlos lo menos posible, pero de ser necesario, respetar al máximo los principios de esterilidad.<sup>(69)</sup>

A las 24 horas de una mastectomía o vaciamiento axilar, se aconseja a la paciente que inicie su deambulaci3n. Es la enfermera quien le enseñará c3mo moverse y c3mo llevar su hemosuc colgado de una venda que pasa sobre su hombro, como una cartera.<sup>(70)</sup>

Es importante que la enfermera sepa que no es aconsejable realizar perfusiones endovenosas, inyecciones o tomar la presi3n arterial en el miembro superior del lado afectado, para evitar traumatismos, aunque sean m3nimos, en los vasos del lado operado.<sup>(71)</sup>

Por lo que podemos concluir que el nivel de conocimiento sobre la rehabilitaci3n de las mujeres mastectomizadas, en su mayor3a 77,5% tienen un nivel bajo, esto relacionado a la falta de informaci3n de: Signos de alarma–drenaje, curaci3n de herida y ejercicio de rehabilitaci3n.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES y LIMITACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

Las conclusiones que se formularon luego del estudio fueron:

- El nivel de conocimiento sobre el proceso de recuperación de las mujeres mastectomizadas, en su mayoría 56,24% tienen un nivel bajo. Los aspectos relacionados a los temas que desconocemos: Autoexamen de mama, definición de hormonoterapia y ejercicios de rehabilitación.
- El nivel de conocimiento que tienen las mujeres mastectomizadas, acerca de su enfermedad, la mayoría tienen un nivel de conocimiento bajo 65%, los aspectos relacionados a conocimientos bajos tenemos la falta de información de: definición del cáncer, medios de diagnóstico económico y autoexamen de mama.
- El nivel de conocimiento sobre el tratamiento de las mujeres mastectomizadas, en su mayoría 51,5% tienen un nivel bajo, esto relacionado a la falta de información de: Definición de la quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia
- El nivel de conocimiento sobre la rehabilitación de las mujeres mastectomizadas, en su mayoría 77,5% tienen un nivel bajo, esto relacionado a la falta de información de: Signos de alarma–drenaje, curación de herida y ejercicio de rehabilitación.

## **B. RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que se elaboren y apliquen programas educativos dirigido a pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente.
- Que se realicen estudios de investigación similares aplicados a otras poblaciones.

## **C. LIMITACIONES**

Dentro de las limitaciones encontramos que:

- Los resultados y conclusiones sólo son válidos para el servicio de cirugía y la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bentzen S.M., Dische S. Morbidity related to axillary irradiation in the treatment of breast cancer. *Acta Oncol.* 2000; 39(3): 337-47.
- (2) F.Vicente, M.C. Miranda, J.M. Martínez-Peñuela, M.E. Martínez, J.M. Lera. Ganglio centinela en carcinoma de mama: Criterios de actuación en el Hospital de Navarra.
- (3) Herd-Smith A, Russo A, Muraca M:G:, Del Turco M.R,Cardona G. Prognostic factors for lymphedema after primary treatment of breast cancer. *Cancer* 2001, Oct 1; 92(7): 1783-7.
- (4) Stahlberg CI, Jorgensen T. Arm morbidity after axillary dissection for breast cancer. *Ugeskr Laeger* 2001 Jun 11; 163 (24): 3356-9.
- (5) Centro de Investigación en Cáncer "MAES-HÉLLER"
- (6) Enciclopedia Microsoft ®ENCARTA ® 2003, © 1993-2002 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- (7) Tengrup I, Tennvall-Nittby L, Christiansson I, Laurin M. Arm morbidity after breastconserving therapy for breast cancer.*Acta Oncol* 2000;39 (3): 393-7.
- (8) Tobin MB, Lacey HU, Meyer, L, Mortimer PS The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer* 1993;72 .3248-52.
- (9) Condon Huerta MJ, González Viejo MA, Tamayo Izquierdo R, Martínez Zubiri A. Calidad de vida en pacientes con y sin linfedema después del tratamiento de cáncer de mama:implicaciones en la rehabilitación. *Rev. Rehabilitación*,2000; 34(3):248-253.

- (10)Revista PANAM SALUD PÚBLICA/ Pan Am/Public Health 15 (3), 2004.
- (11)Carver et al. rol mediador del afrontamiento en el efecto del optimismo sobre el distress, Estados Unidos, 1993
- (12)Meléndez et al. “Actitudes ante la cirugía a mujeres con cáncer de mama” en Lima, en 1994
- (13)Bartmann y Roberto, realizó un estudio sobre “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO - COGNITIVO ACTIVO, CONDUCTUAL ACTIVO Y EVITACIÓN, EN MUJERES MASTECTOMIZADAS”, en Lima 1996
- (14)HTTP:// www.mis20%documentos/untitled%20document.htm
- (15)VIDAL Casero MC. Los problemas éticos en la experimentación oncológica. 1999; 1 (6): 10 – 2 (2)
- (16)Jay Harris,Mónica Morrow, Larry Norton. Malignant Tumors of the Breast.. En: Cancer: Principles and Practice of Oncology. Chapter 36, section 2,1997, 5th.ed
- (17)Brunet J, Alonso MC, Ojeda B. Cancer de mama hereditario: Bases geneticas y características clinicas. Med Clin (Barc) 1994; 103: 623-627.
- (18)VENTAFIRDA V. Principios de la Rehabilitación: En: Banadonna G. Robustelli Della Cuna G. Manual de Oncología Médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985: 972 – 978 (13)
- (19)Ibid (15)

- (20)Easton D, Ford D, Peto J. Inherited susceptibility to breast cancer. Cancer Surv 1993; 18:95-113.
- (21)Ernesr VL, Barclay, J. Kerlikowske K et al. Incidence of treatment for ductal carcinoma in situ of the breast. JAMA 1996; 275:913-918.
- (22)Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, Willett W. Breast cancer. N Engl J Med. 1992; 327:390-398.
- (23)Galofré G, Pous-Ivern LC, Galofré M. Diagnostico y Tratamiento del Cancer de mama. Clinica Quirón. Barcelona. <http://www.bcm.es/spn/articulos/diagtrat%20cancermama2.htm> .
- (24)Navarro C. Los registros de cáncer de la población española. Simposio sobre registros de tumores; 1999, Noviembre 5; Madrid. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, 1999).
- (25)Miki Y, Swensen J, Shattuck-Eidens, et al. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. Science 1994, 266; 66-71.
- (26)Wooster R, Bignell G, Lancaster J, et al. Identification of the breast cancer suscptibility gene BRCA2. Nature 1995, 378; 789-792.
- (27)Lee WH,Chew HK, Farmer AA, Chen PL. Biological functions of the BRCA1 protein. Breast Disease 1998,10; 11-22.
- (28)Fodor J, Polgar C, Peley G, Nemeth G. Management of the axilla in breast cancer: evidences and unresolved issues. Orv. Hetil 2001, Sep 9; 142(36): 1941-50.
- (29)Ibid (2)

(30)Ibid (16)

(31)(28), pp 47

(32)Ibid (1), Pag. 51.

(33)(4). Pag. 13

(34)Ibid (1), Pag. 52

(35)(3) Pag. 84

(36)Ibid (5)

(37)Ibid (33)

(38)Ibid (7)

(39)Ibid (9) Pag. 250

(40)Ibid (8)

(41)Lisa Loudon, MA Jeanne Petrek, MD. Lymphedema in women treated for breast cancer. [abstract] Cancer Practice 2000 (8):65.

(42)Asua J, Rico R, Gutiérrez MA, Aranáz R. Detección precoz del cáncer de mama en la CAPV. Propuesta de actuación. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Osteba; 1994.

(43)Ibid (2)

(44)Degner LF, Sloan JA. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. J Pain and Symptom Manage. 1995; 10 (6): 423-431.



- (45) Greer S, Moorey S, Baruch JDR. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br Med J*. 1992; 304: 675-680.
- (46) Ruckdeschel JC y Piantadosi S. Assessment of quality-of-life by the Functional Living Index-Cancer (FLIC) is superior to Performance Status for prediction of survival in patients with lung cancer. *Proc. Am. Soc. Clin Oncol*. 1989; 8: 311.
- (47) Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC y cols. Effects of the psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*. 1989; 2: 888-891.
- (48) Luengo S, Muñoz A. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; 2002.
- (49) Ibid (21) Pag.914.
- (50) Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF, et al. SEER Cancer Statistics Review. 1973-1996. Bethesda, MD: National cancer Institute; 1999.
- (51) Ibid (5)
- (52) (22) Pag. 357
- (53) Ottman, R.; Pike, M.C.; King, M.-C.; Henderson, B.E. Practical guide for estimating risk for familial breast cancer. *Lancet* 1983; 2: 556-8.
- (54) Barbosa ICFJ et. al. Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev. de Enfermería*

- del Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS. 2002; 10(2): 73-78.
- (55) Oliveira MS de, FERNANDES AFC. Cuidados de enfermagem em mulheres no pré-operatório de mastectomia. In: XXII ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DE INICIAÇÃO À PESQUISA, Fortaleza. Anais... CD ROOM, Fortaleza: UFC, 2003.
- (56) Ayoub AC et al. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica - São Paulo: Lemar, 2002, 312p.
- (57) Ibid (20) Pag. 99.
- (58) Ibid (5)
- (59) King MC, Rowel S, Love SM. Inherited breast and ovarian cancer. What are the risk? Wat are the choices? JAMA 1993; 269: 1975-80.
- (60) Stewart BW, Kleihues P. World Cancer Report. WHO/IARC Press:Lyon, 2003.
- (61) Díez Gibert O, Del Río E, Domènech M, Hernández EM, Sanz J, Brunet J, Alonso MC, Baiget M. Mutaciones en el gen BRCA1 en mujeres españolas jóvenes con cáncer de mama Med Clin (Barc) 1999; 112:51-54.
- (62) Ibid (26). Pag. 790
- (63) Fisher B., Redmond C., Fisher e. R. Et al. N. Engl. J. Med. 1985;312;647
- (64) Viccini y J. Harris, ASCO Educational Book 2002:296–303.
- (65) Bernard fisher, Andersson S., Bryant J. et al. N. Engl. J. Med. 2002, 347:1233–41

- (66)G. Bonadonna, Valagussa P., brambilla C. et al. J. Clin. Oncol.  
1998;16:93–100
- (67)Zambatti M. et al. Ist. Nazionale Tumori, Milan ASCO Proc.  
1999;18.Abst.287
- (68)(41) Pag. 98.
- (69)Ibid (9) Pag. 252
- (70)Ibid (21) pag. 918.
- (71)Ibid (3)

## BIBLIOGRAFÍA

Asua J, Rico R, Gutiérrez MA, Aranáz R. Detección precoz del cáncer de mama en la CAPV. Propuesta de actuación. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Osteba; 1994.

Ayoub AC et al. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica - São Paulo: Lemar, 2002, 312p.

Barbosa ICFJ et. al. Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS. 2002; 10(2): 73-78.

Bartmann y Roberto, realizó un estudio sobre “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO - COGNITIVO ACTIVO, CONDUCTUAL ACTIVO Y EVITACIÓN, EN MUJERES MASTECTOMIZADAS”, en Lima 1996

Bentzen S.M., Dische S. Morbidity related to axillary irradiation in the treatment of breast cancer. Acta Oncol. 2000; 39(3): 337-47.

Bernard fisher, Andersson S., Bryant J. et al. N. Engl. J. Med. 2002, 347:1233–41

Brunet J, Alonso MC, Ojeda B. Cancer de mama hereditario: Bases geneticas y características clinicas. Med Clin (Barc) 1994; 103: 623-627.

Carver et al. rol mediador del afrontamiento en el efecto del optimismo sobre el distress, Estados Unidos, 1993

Centro de Investigación en Cáncer “MAES–HÉLLER”

Condon Huerta MJ, González Viejo MA, Tamayo Izquierdo R, Martínez Zubiri A. Calidad de vida en pacientes con y sin linfedema después del

tratamiento de cáncer de mama: implicaciones en la rehabilitación. Rev. Rehabilitación, 2000; 34(3):248-253

Degner LF, Sloan JA. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. J Pain and Symptom Manage. 1995; 10 (6): 423-431.

Díez Gibert O, Del Río E, Domènech M, Hernández EM, Sanz J, Brunet J, Alonso MC, Baiget M. Mutaciones en el gen BRCA1 en mujeres españolas jóvenes con cáncer de mama Med Clin (Barc) 1999; 112:51-54.

Easton D, Ford D, Peto J. Inherited susceptibility to breast cancer. Cancer Surv 1993; 18:95-113.

Enciclopedia Microsoft ®ENCARTA ® 2003, © 1993–2002 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Ernesr VL, Barclay, J. Kerlikowske K et al. Incidence of treatment for ductal carcinoma in situ of the breast. JAMA 1996; 275:913-918.

F.Vicente, M.C. Miranda, J.M. Martínez-Peñuela, M.E. Martínez, J.M. Lera. Ganglio centinela en carcinoma de mama: Criterios de actuación en el Hospital de Navarra.

Fisher B., Redmond C., Fisher e. R. Et al. N. Engl. J. Med. 1985;312;647

Fodor J, Polgar C, Peley G, Nemeth G. Management of the axilla in breast cancer: evidences and unresolved issues. Orv. Hetil 2001, Sep 9; 142(36): 1941-50.

G. Bonadonna, Valagussa P., brambilla C. et al. J. Vlin. Oncol. 1998;16:93–100

Galofré G, Pous-Ivern LC, Galofré M. Diagnostico y Tratamiento del Cancer de mama. Clinica Quirón. Barcelona. <http://www.bcm.es/spn/articulos/diagtrat%20cancermama2.htm> .

Greer S, Moorey S, Baruch JDR. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. Br Med J. 1992; 304: 675-680.

Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, Willett W. Breast cancer. N Engl J Med. 1992; 327:390-398.

Herd-Smith A, Russo A, Muraca M:G:, Del Turco M.R,Cardona G. Prognostic factors for lymphedema after primary treatment of breast cancer. Cancer 2001, Oct 1; 92(7): 1783-

Herd-Smith A, Russo A, Muraca M:G:, Del Turco M.R,Cardona G. Prognostic factors for lymphedema after primary treatment of breast cancer. Cancer 2001, Oct 1; 92(7): 1783-7.

[HTTP:// www.mis20%documentos/untitled%20document.htm](http://www.mis20%documentos/untitled%20document.htm)

Jay Harris,Mónica Morrow, Larry Norton. Malignant Tumors of the Breast.. En: Cancer: Principles and Practice of Oncology. Chapter 36, section 2,1997, 5th.ed

King MC, Rowel S, Love SM. Inherited breast and ovarian cancer. What are the risk? Wat are the choices? JAMA 1993; 269: 1975-80.

Lee WH,Chew HK, Farmer AA, Chen PL. Biological functions of the BRCA1 protein. Breast Disease 1998,10; 11-22.

Lisa Loudon, MA Jeanne Petrek, MD. Lymphedema in women treated for breast cancer. [abstract] Cancer Practice 2000 (8):65.

Luengo S, Muñoz A. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; 2002.

Meléndez et al. "Actitudes ante la cirugía a mujeres con cáncer de mama" en Lima, en 1994

Miki Y, Swensen J, Shattuck-Eidens, et al. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. Science 1994, 266; 66-71.

Navarro C. Los registros de cáncer de la población española. Simposio sobre registros de tumores; 1999, Noviembre 5; Madrid. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, 1999).

Oliveira MS de, FERNANDES AFC. Cuidados de enfermagem em mulheres no pré-operatório de mastectomia. In: XXII ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DE INICIAÇÃO À PESQUISA, Fortaleza. Anais... CD ROOM, Fortaleza: UFC, 2003.

Ottman, R.; Pike, M.C.; King, M.-C.; Henderson, B.E. Practical guide for estimating risk for familial breast cancer. Lancet 1983; 2: 556-8.

Revista PANAM SALUD PÚBLICA/ Pan Am/Public Health 15 (3), 2004.

Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF, et al. SEER Cancer Statistics Review. 1973-1996. Bethesda, MD: National cancer Institute; 1999.

Ruckdeschel JC y Piantadosi S. Assesment of quality-of-life by the Functional Living Index-Cancer (FLIC) is superior to Performance Status for prediction of survival in patients with lung cancer. Proc. Am. Soc. Clin Oncol. 1989; 8: 311.

Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC y cols. Effects of the psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. The Lancet. 1989; 2: 888-891.

Stahlberg CI, Jorgensen T. Arm morbidity after axillary dissection for breast cancer. Ugeskr Laeger 2001 Jun 11; 163 (24): 3356-9.

Stewart BW, Kleihues P. World Cancer Report. WHO/IARC Press:Lyon, 2003.

Tengrup I, Tennvall-Nittby L, Christiansson I, Laurin M. Arm morbidity after breastconserving therapy for breast cancer. Acta Oncol 2000;39 (3): 393-7.

Tobin MB, Lacey HU, Meyer, L, Mortimer PS The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. Cancer 1993;72 .3248-52

VENTAFIRDA V. Principios de la Rehabilitación: En: Banadonna G. Robustelli Della Cuna G. Manual de Oncología Médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985: 972 – 978 (13)

Viccini y J. Harris, ASCO Educational Book 2002:296–303.

VIDAL Casero MC. Los problemas éticos en la experimentación oncológica. 1999; 1 (6): 10 – 2 (2)

Wooster R, Bignell G, Lancaster J, et al. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. Nature 1995, 378; 789-792.

Zambatti M. et al. Ist. Nazionale Tumori, Milan ASCO Proc. 1999;18.Abst.287



**ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>		<b>PÁG.</b>
A	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	I
B	INSTRUMENTO – LISTA DE CHEQUEO	II
C	HOJA DE CODIFICACIÓN	III
D	TABLA MATRIZ DE DATOS	V
E	PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS	XV
F	APLICACIÓN DE LA FORMULA PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS DE EVALUACIÓN, SEGÚN ESCALA STANONE	XVI
G	PRUEBA ESTADÍSTICA PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO	XVII
H	PRUEBA ESTADÍSTICA UTILIZADA PARA DAR CONFIABILIDAD AL INSTRUMENTO	XVIII
I	DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO DE MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XIX
J	DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XIX
K	DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XX
L	DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XX
M	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XXI
N	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XXI
O	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACION, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XXII

P	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIO EN MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006	XXII
Q	FRECUENCIA DE ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN-2006	XXIII
R	FRECUENCIA DE ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN-2006	XXIII
S	FRECUENCIA DE ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACIÓN DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN-2006	XXIV
T	PRUEBA ESTADÍSTICA PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	XXV

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO: Nivel de conocimientos sobre el proceso de recuperación posoperatorio que tienen las mujeres mastectomizadas				
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
El conocimiento esta referido al "saber qué", cuya definición esta basada en la capacidad de estructurar experiencia por medio de conceptos, causas, efectos, razones, siendo su característica principal OBJETIVIDAD en el uso de las medidas preventivas, durante el proceso de recuperación en mujeres mastectomizadas.	CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD	1. Sabe ud. que enfermedad tiene? 2. Se dice que cáncer es? 3. Que causa nos podría llevar a tener cáncer? 4. Cuál es la manera más sencilla y barata de diagnosticar un posible cáncer de mama? 5. Con que frecuencia se realiza el autoexamen de mama	Es toda aquella información sobre el proceso de recuperación que poseen las mujeres mastectomizadas, el cual será obtenido mediante la encuesta utilizando un cuestionario y jerarquizando en que conoce y no conoce un tema presentado	NIVEL DE CONOCIMIENTO:  ALTO 11-15  MEDIO 6-10  BAJO 0-5
	CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO	6. Ud cree que sacar un pedacito de tejido de la mama podrá diagnosticar el cáncer de mama 7. Que entiende Ud por quimioterapia? 8. Que entiende Ud por radioterapia? 9. Que entiende Ud por hormonoterapia? 10. Cuál de las siguientes, es una recomendación para cuidar su brazo operado?		
	CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACIÓN	11. la rehabilitación del brazo operado debe iniciarse: 12. Si Ud. se va a casa con el drenaje que signo de alarma debe tener en cuenta? 13. la herida operatoria deberá curársela con: 14. Cual de los siguientes son ejercicios de rehabilitación? 15. Cual de los siguientes es signo de complicación?		

## ANEXO B

### INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS CUESTIONARIO

El presente cuestionario se realiza con el objetivo de recolectar información sobre los conocimientos que tienen las pacientes que han sido operadas de mama, sobre su enfermedad y su recuperación.

Por favor sírvase marcar la respuesta correcta de acuerdo a lo que Ud sabe o conoce. Agradecemos su gentil colaboración.

A. Lugar de procedencia:

- Costa
- Sierra
- Selva

B. Edad:

- 30 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 a mas

C. Grado de instrucción:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior incompleta
- Superior completa

D. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Conviviente
- Viuda

1. Sabe Ud. que enfermedad tiene:

- Tumor
- Infección
- Cáncer
- No sabe

2. Se dice que cáncer es?

- Enfermedad contagiosa
- Bulto en el cuerpo
- Crecimiento de células malignas
- Desconoce el tema

3. Cual de los siguientes casos nos podría llevar a tener cáncer?

- Herencia
- Comienzo de la menstruación muy joven:
- Edad mayor
- No tener hijos
- Tener varios hijos

4. Cuál es la manera más sencilla y barata de diagnosticar un posible cáncer de mama?

- Placa de tórax o pecho
- Mamografía
- Auto examen de la mama
- Desconoce el tema

5. ¿Con que frecuencia se realiza el autoexamen de mama?

- Una vez al mes

- Cada 3 meses
- Cuando se acuerda
- No se realiza
- No sabe como hacerlo

6. Que entiende Ud por quimioterapia?

- Son medicinas que dañan el cabello.
- Son medicinas que produce muchas nauseas y vómitos
- Son medicinas que controlan el crecimiento anormal de las células
- Desconoce el tema

7. Que entiende Ud por radioterapia?

- Son rayos invisibles que mata a las células anormales.
- Son rayos rojos que mata a las células anormales.
- Quemar la piel con cremas especiales
- Desconoce el tema

8. Que entiende Ud por hormonoterapia?

- Es el tratamiento del cáncer con antibióticos.
- Es el tratamiento del cáncer con hormonas y antibióticos.

- Son hormonas que regulan el crecimiento anormal de las células.
- Desconoce el tema
- 9.Cuál de las siguientes, es una recomendación para cuidar su brazo operado?
- Como ejercicio lavar ropa en gran cantidad
- Deben siempre tomar muestra de sangre en el brazo operado
- Realizar ejercicios de rehabilitación con el brazo sano.
- No llevar mucho peso en el brazo operado.
10. ¿La herida operatoria deberá curársela?
- Con agua y jabón
- No lavar y no tocarlo
- Esperar la próxima cita
- Desconoce el tema
11. La rehabilitación del brazo operado debe iniciarse:
- Después de 24 horas de operado
- Cuando hayan sacado el drenaje "hemosuc"
- Cuando le den de alta
- Cuando vaya a la próxima cita
12. Es recomendable realizar ejercicios. . . :

- Cuando el brazo este hinchado, para mejorar la circulación sanguínea
- Cuando el brazo no este hinchado, y el dolor es tolerable
- Cuando existe demasiado liquido en el drenaje "hemosuc"
- No es recomendable hacer ejercicio hasta que sane la herida operatoria
13. ¿Si Ud. se va a casa con el drenaje, que signo de alarma debe tener en cuenta?
- Color del drenaje
- Hinchazón del brazo
- Aumento o disminución del líquido de drenaje
- No sabe
14. ¿Cuál de los siguientes son ejercicios de rehabilitación?
- Peinarse con el brazo operado
- Mover los hombros
- Abrir y cerrar los puños de las manos
- Desconoce el tema
15. ¿Cual de los siguientes es signo de complicación?
- Infección
- Hinchazón del brazo operado
- Alteración de las hormonas
- Desconoce el tema

Muchas gracias por su colaboración

## ANEXO C

### HOJA DE CODIFICACIÓN

Nº	PREGUNTA - VARIABLE	COLUMNA	CATEGORÍA	CÓDIGO
1	PROCEDENCIA	1	COSTA	1
			SIERRA	2
			SELVA	3
2	EDAD	2	30-40	1
			41-50	2
			51-60	3
			61 A MAS	4
3	GRADO DE INSTRUCCION	3	PRIMARIA	1
			SECUNDARIA	2
			SUPERIOR	3
4	ESTADO CIVIL	4	SOLTERO	1
			CASADO	2
			CONVIVIENTE	3
			VIUDA	4
5	Ítems 1	5	ADECUADO INADECUADO	1 0
6	Ítems 2	6	ADECUADO INADECUADO	1 0
7	Ítems 3	7	ADECUADO INADECUADO	1 0
8	Ítems 4	8	ADECUADO INADECUADO	1 0
9	Ítems 5	9	ADECUADO INADECUADO	1 0
10	Ítems 6	10	ADECUADO INADECUADO	1 0
11	Ítems 7	11	ADECUADO INADECUADO	1 0
12	Ítems 8	12	ADECUADO INADECUADO	1 0
13	Ítems 9	13	ADECUADO INADECUADO	1 0
14	Ítems 10	14	ADECUADO INADECUADO	1 0
15	Ítems 11	15	ADECUADO INADECUADO	1 0
16	Ítems 12	16	ADECUADO INADECUADO	1 0
17	Ítems 13	17	ADECUADO INADECUADO	1 0
18	Ítems 14	18	ADECUADO INADECUADO	1 0
19	Ítems15	19	ADECUADO INADECUADO	1 0

ANEXO D

TABLA MATRIZ DE DATOS

COD	PROCED	EDAD	GRADO INSTRUCC	EST. CIVIL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
001	SELVA	61 a +	P_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
002	SIERRA	61 a +	S_INCOMPLETA	VIUDA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
003	SELVA	51-60	S_INCOMPLETA	VIUDA	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
004	SIERRA	41-50	S_INCOMPLETA	CONVIVIENTE	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0
005	COSTA	41-50	SUP_INCOMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1
006	SELVA	61 a +	P_COMPLETA	CONVIVIENTE	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
007	SIERRA	41-50	P_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
008	COSTA	30-40	SUP_COMPLETA	SOLTERO	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0
009	SELVA	41-50	S_COMPLETA	CASADO	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0
010	COSTA	61 a +	SUP_INCOMPLETA	VIUDA	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
011	SIERRA	51-60	S_COMPLETA	CASADO	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
012	SIERRA	41-50	SUP_INCOMPLETA	CASADO	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
013	SIERRA	61 a +	P_COMPLETA	CASADO	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0
014	COSTA	51-60	S_COMPLETA	CASADO	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0
015	SELVA	30-40	S_COMPLETA	SOLTERO	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1
016	COSTA	61 a +	S_INCOMPLETA	VIUDA	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
017	COSTA	41-50	S_COMPLETA	CASADO	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0
018	SIERRA	51-60	S_COMPLETA	CASADO	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1
019	COSTA	51-60	P_COMPLETA	CASADO	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0
020	SIERRA	30-40	S_COMPLETA	CASADO	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0



TABLA MATRIZ DE DATOS

COD	PROCED	EDAD	GRADO INSTRUCC	EST. CIVIL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
021	COSTA	30-40	S_COMPLETA	CONVIVIENTE	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
022	COSTA	51-60	P_COMPLETA	CASADO	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
023	SIERRA	51-60	P_COMPLETA	SOLTERO	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1
024	COSTA	51-60	SUP_COMPLETA	SOLTERO	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
025	SIERRA	41-50	P_COMPLETA	SOLTERO	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1
026	SIERRA	51-60	P_INCOMPLETA	SOLTERO	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0
027	COSTA	41-50	S_INCOMPLETA	CONVIVIENTE	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1
028	COSTA	61 a +	P_COMPLETA	CASADO	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0
029	SIERRA	41-50	SUP_INCOMPLETA	SOLTERO	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
030	COSTA	61 a +	S_COMPLETA	CASADO	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1
031	COSTA	41-50	P_COMPLETA	CASADO	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
032	COSTA	41-50	SUP_INCOMPLETA	SOLTERO	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
033	COSTA	30-40	S_INCOMPLETA	CASADO	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
034	COSTA	41-50	S_INCOMPLETA	CASADO	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
035	COSTA	30-40	SUP_INCOMPLETA	SOLTERO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
036	COSTA	41-50	S_INCOMPLETA	SOLTERO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1
037	COSTA	41-50	SUP_INCOMPLETA	SOLTERO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
038	COSTA	61 a +	P_COMPLETA	VIUDA	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
039	COSTA	51-60	S_COMPLETA	SOLTERO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1
040	SIERRA	51-60	SUP_INCOMPLETA	CASADO	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0

TABLA MATRIZ DE DATOS

COD	PROCED	EDAD	GRADO INSTRUCC	EST. CIVIL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
041	SIERRA	41-50	P_IMCOMPLETA	CASADO	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
042	SIERRA	41-50	SUP_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1
043	COSTA	61 a +	SUP_INCOMPLETA	CASADO	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1
044	COSTA	61 a +	S_COMPLETA	CASADO	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
045	SELVA	30-40	SUP_INCOMPLETA	SOLTERO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
046	SIERRA	51-60	S_COMPLETA	SOLTERO	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
047	SIERRA	41-50	S_INCOMPLETA	CASADO	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1
048	COSTA	51-60	P_COMPLETA	CASADO	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
049	SELVA	41-50	S_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
050	COSTA	51-60	S_COMPLETA	CONVIVIENTE	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
051	COSTA	51-60	SUP_INCOMPLETA	CASADO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
052	SIERRA	41-50	S_INCOMPLETA	CASADO	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
053	SIERRA	51-60	S_COMPLETA	CASADO	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
054	SIERRA	51-60	S_COMPLETA	VIUDA	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
055	SIERRA	41-50	P_COMPLETA	SOLTERO	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
056	COSTA	41-50	S_COMPLETA	CASADO	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
057	SELVA	61 a +	S_INCOMPLETA	VIUDA	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0
058	COSTA	41-50	S_INCOMPLETA	CONVIVIENTE	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
059	SELVA	41-50	SUP_INCOMPLETA	CONVIVIENTE	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
060	SIERRA	61 a +	P_COMPLETA	VIUDA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0

TABLA MATRIZ DE DATOS

COD	PROCED	EDAD	GRADO INSTRUCC	EST. CIVIL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
061	COSTA	51-60	S_INCOMPLETA	CASADO	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
062	COSTA	41-50	S_COMPLETA	CASADO	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1
063	SELVA	30-40	P_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
064	SIERRA	41-50	S_COMPLETA	CONVIVIENTE	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
065	COSTA	51-60	S_COMPLETA	CASADO	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0
066	SELVA	41-50	P_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1
067	COSTA	61 a +	S_INCOMPLETA	VIUDA	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0
068	SIERRA	41-50	P_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
069	COSTA	51-60	SUP_COMPLETA	CASADO	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0
070	SIERRA	41-50	S_COMPLETA	CASADO	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
071	COSTA	41-50	S_COMPLETA	CONVIVIENTE	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0
072	COSTA	51-60	P_COMPLETA	SOLTERO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1
073	COSTA	41-50	SUP_INCOMPLETA	CASADO	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
074	COSTA	41-50	P_COMPLETA	SOLTERO	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
075	COSTA	61 a +	P_IMCOMPLETA	CASADO	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
076	COSTA	41-50	SUP_INCOMPLETA	CASADO	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0
077	COSTA	30-40	SUP_INCOMPLETA	SOLTERO	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1
078	COSTA	61 a +	S_INCOMPLETA	CASADO	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
079	SIERRA	61 a +	SUP_INCOMPLETA	SOLTERO	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0
080	COSTA	61 a +	S_INCOMPLETA	VIUDA	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0

**TABLA MATRIZ DE DATOS**  
**CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD**

<b>COD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>
001	0	0	0	0	0	0	BAJO
002	1	0	0	0	0	1	BAJO
003	1	0	0	0	0	1	BAJO
004	1	0	0	0	0	1	BAJO
005	0	0	1	1	0	2	BAJO
006	1	0	0	1	0	2	BAJO
007	0	0	0	0	0	0	BAJO
008	1	0	1	1	0	3	MEDIO
009	1	0	1	0	0	2	BAJO
010	0	1	1	1	1	4	MEDIO
011	1	0	0	0	0	1	BAJO
012	0	0	0	1	1	2	BAJO
013	0	1	0	1	0	2	BAJO
014	1	1	0	0	1	3	MEDIO
015	0	1	1	1	0	3	MEDIO
016	1	0	0	0	0	1	BAJO
017	0	1	1	1	1	4	MEDIO
018	1	0	0	0	0	1	BAJO
019	0	0	0	1	0	1	BAJO
020	1	1	1	0	1	4	MEDIO
021	1	0	1	0	1	3	MEDIO
022	1	0	1	1	0	3	MEDIO
023	1	0	0	0	0	1	BAJO
024	1	0	1	0	0	2	BAJO
025	1	0	1	1	0	3	MEDIO
026	0	0	1	0	1	2	BAJO
027	1	1	0	1	0	3	MEDIO
028	0	0	1	0	0	1	BAJO
029	0	1	0	0	0	1	BAJO
030	1	0	0	0	0	1	BAJO
031	0	0	0	0	0	0	BAJO
032	1	1	1	1	0	4	MEDIO
033	0	1	0	0	1	2	BAJO
034	0	0	0	1	0	1	BAJO
035	1	1	1	1	0	4	MEDIO
036	1	1	1	1	1	5	ALTO
037	1	1	1	1	1	5	ALTO
038	1	0	0	1	0	2	BAJO
039	1	1	1	1	0	4	MEDIO
040	0	1	0	1	0	2	BAJO

**TABLA MATRIZ DE DATOS**  
**CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD**

<b>COD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>
041	1	0	0	1	0	2	BAJO
042	0	0	0	0	1	1	BAJO
043	0	0	0	1	0	1	BAJO
044	0	1	1	0	1	3	MEDIO
045	1	1	1	1	0	4	MEDIO
046	1	0	1	0	0	2	BAJO
047	0	0	0	1	1	2	BAJO
048	0	1	1	1	0	3	MEDIO
049	0	0	1	0	0	1	BAJO
050	1	0	0	0	0	1	BAJO
051	0	0	0	0	0	0	BAJO
052	1	0	1	0	0	2	BAJO
053	1	1	0	0	0	2	BAJO
054	1	0	0	0	0	1	BAJO
055	0	1	0	1	0	2	BAJO
056	0	1	1	0	0	2	BAJO
057	1	0	1	1	1	4	MEDIO
058	1	0	1	0	0	2	BAJO
059	1	0	1	0	0	2	BAJO
060	0	0	0	0	0	0	BAJO
061	1	0	1	0	0	2	BAJO
062	0	0	1	1	1	3	MEDIO
063	0	0	0	1	0	1	BAJO
064	1	1	0	1	0	3	MEDIO
065	1	1	1	0	1	4	MEDIO
066	0	0	1	0	0	1	BAJO
067	0	0	1	1	0	2	BAJO
068	0	0	0	0	0	0	BAJO
069	1	1	1	1	1	5	ALTO
070	1	1	1	0	0	3	MEDIO
071	0	0	1	0	0	1	BAJO
072	0	0	0	0	0	0	BAJO
073	1	1	1	1	1	5	ALTO
074	0	1	0	1	0	2	BAJO
075	1	1	0	0	0	2	BAJO
076	1	1	1	1	1	5	ALTO
077	1	1	1	1	1	5	ALTO
078	0	0	1	0	1	2	BAJO
079	1	0	0	1	1	3	MEDIO
080	0	0	1	1	0	2	BAJO

**TABLA MATRIZ DE DATOS  
CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO**

<b>COD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>
001	1	0	0	0	0	1	BAJO
002	0	0	0	0	0	0	BAJO
003	1	0	0	0	0	1	BAJO
004	0	0	1	0	0	1	BAJO
005	0	0	1	0	0	1	BAJO
006	0	0	0	0	0	0	BAJO
007	0	0	0	0	0	0	BAJO
008	0	1	0	0	0	1	BAJO
009	1	1	0	1	1	4	MEDIO
010	1	0	0	0	0	1	BAJO
011	1	0	0	0	0	1	BAJO
012	1	1	1	0	0	3	MEDIO
013	1	1	0	1	1	4	MEDIO
014	1	1	0	1	1	4	MEDIO
015	1	0	0	1	1	3	MEDIO
016	1	0	0	0	0	1	BAJO
017	0	0	0	1	0	1	BAJO
018	0	0	0	1	0	1	BAJO
019	0	0	0	1	0	1	BAJO
020	1	0	0	0	0	1	BAJO
021	0	0	0	1	0	1	BAJO
022	0	0	0	1	0	1	BAJO
023	1	1	1	1	1	5	MEDIO
024	1	0	0	0	0	1	BAJO
025	0	1	0	1	0	2	MEDIO
026	0	0	0	1	0	1	BAJO
027	1	1	0	1	0	3	MEDIO
028	0	0	0	1	0	1	BAJO
029	0	0	0	1	0	1	BAJO
030	0	0	0	1	0	1	BAJO
031	1	0	1	1	1	4	MEDIO
032	0	0	0	1	0	1	BAJO
033	0	0	0	1	0	1	BAJO
034	1	1	1	1	0	4	MEDIO
035	1	1	1	1	1	5	MEDIO
036	1	1	1	1	0	4	MEDIO
037	1	1	1	1	0	4	MEDIO
038	1	0	0	0	0	1	BAJO
039	1	1	1	1	0	4	MEDIO
040	0	0	0	1	0	1	BAJO

**TABLA MATRIZ DE DATOS  
CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO**

<b>COD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>
041	1	1	0	1	0	3	MEDIO
042	1	0	0	0	0	1	BAJO
043	1	1	0	1	0	3	MEDIO
044	1	1	1	1	0	4	MEDIO
045	1	1	1	1	1	5	ALTO
046	1	0	0	0	0	1	BAJO
047	1	1	0	1	1	4	MEDIO
048	0	1	0	0	0	1	BAJO
049	1	0	0	0	0	1	BAJO
050	0	1	0	0	0	1	BAJO
051	1	0	0	1	0	2	MEDIO
052	1	0	0	0	0	1	BAJO
053	1	1	0	1	1	4	MEDIO
054	0	0	0	0	0	0	BAJO
055	0	0	0	0	0	0	BAJO
056	0	1	0	0	0	1	MEDIO
057	1	1	0	1	1	4	MEDIO
058	0	0	0	0	0	0	BAJO
059	0	0	0	0	0	0	BAJO
060	1	0	0	1	0	2	MEDIO
061	0	0	1	1	0	2	MEDIO
062	1	1	0	1	1	4	MEDIO
063	0	0	0	0	0	0	BAJO
064	0	0	1	0	0	1	BAJO
065	1	1	0	1	1	4	MEDIO
066	1	1	0	0	0	2	MEDIO
067	0	0	0	1	0	1	BAJO
068	0	0	0	0	0	0	BAJO
069	1	1	0	1	1	4	MEDIO
070	1	1	0	1	1	4	MEDIO
071	1	1	1	1	1	5	ALTO
072	0	0	0	1	0	1	MEDIO
073	0	0	0	0	0	0	BAJO
074	1	1	1	1	1	5	ALTO
075	0	1	0	0	0	1	BAJO
076	1	1	0	1	1	4	MEDIO
077	1	1	1	0	1	4	MEDIO
078	1	0	0	0	0	1	BAJO
079	1	0	0	0	0	1	BAJO
080	0	0	0	1	0	1	BAJO

**TABLA MATRIZ DE DATOS  
CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACION**

<b>COD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE CONOC.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>NIVEL DE CONOC.</b>
001	1	0	0	1	0	2	MEDIO	3	BAJO
002	0	0	0	1	0	1	BAJO	2	BAJO
003	0	0	0	1	0	1	BAJO	3	BAJO
004	0	0	1	1	0	2	MEDIO	4	BAJO
005	0	0	0	1	1	2	MEDIO	5	BAJO
006	0	0	0	1	0	1	BAJO	3	BAJO
007	0	0	0	0	1	1	BAJO	1	BAJO
008	0	1	1	1	0	3	MEDIO	7	MEDIO
009	0	0	0	1	0	1	BAJO	7	MEDIO
010	0	0	0	0	1	1	BAJO	6	BAJO
011	0	0	0	1	0	1	BAJO	3	BAJO
012	0	0	0	0	1	1	BAJO	6	BAJO
013	0	1	0	1	0	2	MEDIO	8	MEDIO
014	0	1	0	0	0	1	BAJO	8	MEDIO
015	0	1	0	1	1	3	MEDIO	9	MEDIO
016	0	1	0	1	1	3	MEDIO	5	BAJO
017	1	0	1	1	0	3	MEDIO	8	MEDIO
018	0	1	1	0	1	3	MEDIO	5	BAJO
019	0	0	0	1	0	1	BAJO	3	BAJO
020	1	0	0	0	0	1	BAJO	6	BAJO
021	0	1	1	1	0	3	MEDIO	7	MEDIO
022	0	1	1	0	1	3	MEDIO	7	MEDIO
023	0	0	1	0	1	2	MEDIO	8	MEDIO
024	0	0	1	0	0	1	BAJO	4	BAJO
025	1	0	1	0	1	3	MEDIO	8	MEDIO
026	0	1	0	0	0	1	BAJO	4	BAJO
027	0	0	1	0	1	2	MEDIO	8	MEDIO
028	0	1	1	0	0	2	MEDIO	4	BAJO
029	0	1	1	0	1	3	MEDIO	5	BAJO
030	0	0	1	0	1	2	MEDIO	4	BAJO
031	0	1	1	1	0	3	MEDIO	7	MEDIO
032	1	1	1	1	0	4	MEDIO	9	MEDIO
033	0	0	1	0	0	1	BAJO	4	BAJO
034	0	0	0	0	0	0	BAJO	5	BAJO
035	0	0	1	0	0	1	BAJO	10	MEDIO
036	0	0	1	0	1	2	MEDIO	11	MEDIO
037	0	0	1	0	0	1	BAJO	10	MEDIO
038	0	0	1	0	0	1	BAJO	4	BAJO
039	1	0	1	0	1	3	MEDIO	11	MEDIO
040	0	0	1	0	0	1	BAJO	4	BAJO



**TABLA MATRIZ DE DATOS**  
**CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACION**

<b>COD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE CONOC.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>NIVEL DE CONOC.</b>
041	0	1	0	0	0	1	BAJO	6	BAJO
042	0	0	1	0	1	2	MEDIO	4	BAJO
043	0	0	0	0	1	1	BAJO	5	BAJO
044	1	0	1	0	0	2	MEDIO	9	MEDIO
045	1	1	0	0	0	2	MEDIO	11	MEDIO
046	0	1	0	1	0	2	MEDIO	5	BAJO
047	0	0	0	0	1	1	BAJO	7	MEDIO
048	0	0	0	0	0	0	BAJO	4	BAJO
049	0	1	0	0	1	2	MEDIO	4	BAJO
050	0	0	0	0	0	0	BAJO	2	BAJO
051	0	0	0	1	0	1	BAJO	3	BAJO
052	0	1	0	0	0	1	BAJO	4	BAJO
053	0	0	0	0	0	0	BAJO	6	BAJO
054	0	0	0	0	0	0	BAJO	1	BAJO
055	0	0	0	0	0	0	BAJO	2	BAJO
056	0	0	0	0	0	0	BAJO	3	BAJO
057	0	0	0	1	0	1	BAJO	9	MEDIO
058	0	1	0	0	0	1	BAJO	3	BAJO
059	0	1	0	0	0	1	BAJO	3	BAJO
060	0	1	0	0	0	1	BAJO	3	BAJO
061	0	0	0	0	0	0	BAJO	4	BAJO
062	0	0	0	0	1	1	BAJO	8	MEDIO
063	0	1	0	0	0	1	BAJO	2	BAJO
064	0	0	0	1	1	2	MEDIO	6	BAJO
065	0	0	1	1	0	2	MEDIO	10	MEDIO
066	0	1	0	0	1	2	MEDIO	5	BAJO
067	0	0	0	1	0	1	BAJO	4	BAJO
068	0	0	0	0	0	0	BAJO	0	BAJO
069	0	0	0	1	0	1	BAJO	10	MEDIO
070	0	0	0	0	0	0	BAJO	7	MEDIO
071	0	0	0	1	0	1	BAJO	7	MEDIO
072	0	1	1	0	1	3	MEDIO	4	BAJO
073	0	0	0	0	0	0	BAJO	5	BAJO
074	0	1	0	1	0	2	MEDIO	9	MEDIO
075	0	0	1	0	1	2	MEDIO	5	BAJO
076	0	0	0	1	0	1	BAJO	10	MEDIO
077	0	0	0	0	1	1	BAJO	10	MEDIO
078	0	0	0	0	0	0	BAJO	3	BAJO
079	1	0	1	0	0	2	MEDIO	6	BAJO
080	0	0	1	1	0	2	MEDIO	5	BAJO

## ANEXO E

### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Ítems	N ° de Juez								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Si  $P < 0.05$  la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (si)

Desfavorable = 0 (no)

## ANEXO F

### APLICACIÓN DE LA FORMULA PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS DE EVALUACIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE STANONE

Este coeficiente permitirá conocer los intervalos por puntaje alcanzado por dimensión y de forma global de las variables de estudio.

$$X \pm (0,75)*S$$

Donde:

X = Promedio de los puntajes

S = Desviación Estándar de los puntajes

**Donde:**

	DIMENSIÓN			
	Conocimiento sobre la enfermedad	Conocimiento sobre el tratamiento	Conocimiento sobre la rehabilitación	Nivel de conocimiento
Promedio =	3,06667	3,33333	3,13333	9,53333
D. Stand.	1,43759	1,39728	1,50555	3,97971
a =	1,98847	2,28538	2,00417	6,54855
b =	4,14486	4,38129	4,26249	12,5181

CATEGORÍA	DIMENSIÓN			
	Enfermedad	Tratamiento	Rehabilitación	Nivel de conocimiento
ALTO (>b)	>4	>4	>4	>11
MEDIO (a-b)	2-4	2-4	2-4	6-11
BAJO (<a)	<2	<2	<2	<6

## ANEXO G

### PRUEBA ESTADÍSTICA PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO

Validez ítem por ítem la fórmula del Coeficiente Biserial Puntual (CBP)

$$CBP = \frac{X_1 - X_2}{S_x} * \sqrt{\frac{(n_1)(n_2)}{n(n-1)}}; \text{ Donde el CBP } \geq 0.2 \text{ para ser válido}$$

**Donde:**

X<sub>1</sub>= Promedio del puntaje acumulado de las personas que dieron las respuestas correctas a ese ítem

X<sub>2</sub>= Promedio del puntaje acumulado de los personajes que dieron respuestas incorrectas a ese ítem.

S<sub>x</sub>= 8,13 = desviación estándar

n<sub>1</sub>= número de personas que responden correctamente ese ítem

n<sub>2</sub> = número de personas que responden incorrectamente ese ítem

n = 15 = número de personas de la muestra....

ÍTEMS	C.B.P
1.	0,257
2.	0,238
3.	0,238
4.	0,257
5.	0,266
6.	0,238
7.	0,238
8.	0,238
9.	0,238
10.	0,238
11.	0,238
12.	0,238
13.	0,257
14.	0,238
15.	0,266

## ANEXO H

### PRUEBA ESTADÍSTICA UTILIZADA PARA DAR CONFIABILIDAD AL INSTRUMENTO

**Kuder Richarson:**

$$K \rightarrow R = \frac{K}{K-1} \left[ \frac{1 - \sum p \cdot q}{S^2} \right]; \text{ donde } K \rightarrow R > 0.5; \text{ para que sea confiable}$$

K = N° de ítems

S<sup>2</sup> = varianza de prueba

p = Proporción de éxito

q = proporción donde se identifica el atributo

**Donde:**

	DIMENSIÓN			
	Conocimiento- Enfermedad	Conocimiento- Tratamiento	Conocimiento- Rehabilitación	Nivel de conocimiento
K =	5	5	5	15
S <sup>2</sup> =	2,0667	1,952	2,2667	15,8381
Σp.q=	1,17333	1,11111	1,15556	3,44

**Reemplazando en la fórmula:**

	DIMENSIÓN			
	Enfermedad	Tratamiento	Rehabilitación	Nivel de conocimiento
K→R	0,5403	0,53862	0,6127	0,838
INSTRUMENTO	CONFIABLE	CONFIABLE	CONFIABLE	CONFIABLE

#### ANEXO I

##### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO DE MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
30-40	9	11,3%
41-50	32	40,0%
51-60	21	26,3%
61 a +'	18	22,5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

#### ANEXO J

##### DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltera	19	23,8%
Casada	34	42,5%
Conviviente	17	21,3%
Viuda	10	12,5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

#### ANEXO K

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
Costa	43	53,8%
Sierra	26	32,5
Selva	11	13,8%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

#### ANEXO L

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nivel primario	22	27,5%
Nivel secundario	38	47,5%
Nivel superior	20	25,0%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

#### ANEXO M

##### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
ALTO	6	7,5%
MEDIO	22	27,5%
BAJO	52	65,0%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

#### ANEXO N

##### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
ALTO	2	2,5%
MEDIO	37	46,25%
BAJO	41	51,25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006



## ANEXO O

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACION, QUE TIENEN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
ALTO	00	0,00%
MEDIO	18	22,5%
BAJO	62	77,5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

## ANEXO P

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIO EN MUJERES MASTECTOMIZADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN, 2006

	<b>N</b>	<b>%</b>
ALTO	00	0,00%
MEDIO	35	43,8%
BAJO	45	56,2%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE. Instrumento aplicado a mujeres mastectomizadas,  
Servicio de Cirugía, INEN-2006

## ANEXO Q

### FRECUENCIA DE ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN-2006

	INCORRECTO		CORRECTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1. Sabe ud. que enfermedad tiene?	36	45,0%	44	55,0%	80	100%
2. Se dice que cáncer es?	50	62,5%	30	37,5%	80	100%
3. Que causa nos podría llevar a tener cáncer?	39	48,8%	41	51,3%	80	100%
4.Cuál es la manera más sencilla y barata de diagnosticar un posible cáncer de mama?	42	52,5%	38	47,5%	80	100%
5. Con que frecuencia se realiza el autoexamen de mama	58	72,5%	22	27,5%	80	100%

## ANEXO R

### FRECUENCIA DE ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO EN MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN-2006

	INCORRECTO		CORRECTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
6. Ud cree que sacar un pedacito de tejido de la mama podrá diagnosticar el cáncer de mama	12	15,0%	68	85,0%	80	100%
7. Que entiende Ud por quimioterapia?	44	55,0%	36	45,0%	80	100%
8. Que entiende Ud por radioterapia?	60	75,0%	20	25,0%	80	100%
9. Que entiende Ud por hormonoterapia?	71	88,8%	9	11,3%	80	100%
10.Cuál de las siguientes, es una recomendación para cuidar su brazo operado?	26	32,5%	54	67,5%	80	100%

## ANEXO S

### FRECUENCIA DE ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE LA REHABILITACION EN MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, INEN – 2006

	INCORRECTO		CORRECTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
11. la rehabilitación del brazo operado debe iniciarse:	12	15,0%	68	85,0%	80	100%
12. Si Ud. se va a casa con el drenaje que signo de alarma debe tener en cuenta?	44	55,0%	36	45,0%	80	100%
13. la herida operatoria deberá curársela con:	60	75,0%	20	25,0%	80	100%
14. Cual de los siguientes son ejercicios de rehabilitación?	71	88,8%	9	11,3%	80	100%
15. Cual de los siguientes es signo de complicación?	26	32,5%	54	67,5%	80	100%

## ANEXO T

### PRUEBA ESTADÍSTICA PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra cuando los datos son cualitativos es decir para el análisis de fenómenos sociales o cuando se utilizan escalas nominales para verificar la ausencia o presencia del fenómeno a estudiar, se recomienda la utilización de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

siendo  $n' = \frac{s^2}{\sigma^2}$  sabiendo que:

$\sigma^2$  es la varianza de la población respecto a determinadas variables.

$s^2$  es la varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad como  $s^2 = p(1-p)$

( $se$ ), es error estandar que está dado por la diferencia entre  $(\mu - \bar{x})$  la media poblacional y la media muestral.

$(se)^2$  es el error estandar al cuadrado, que nos servirá para determinar  $\sigma^2$ , por lo que  $\sigma^2 = (se)^2$  es la varianza poblacional.

#### HALLANDO LA MUESTRA

Para tener una muestra con error estandar menor de 0.015 al 90 % de confiabilidad tenemos:

$N = 482$  (total de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente durante 5 meses por el departamento de senos huesos y tumores mixtos, el 2005; de los cuales 55% pertenece a pacientes con ca de mama y 45% a otros casos)

$se = 0,015$

$$\sigma^2 = (se)^2 = (0,015)^2 = 0,000225$$

$$s^2 = p(1-p) = 0,95(1-0,95) = 0,0475$$

por lo que  $n' = \frac{s^2}{\sigma^2} = \frac{0,0475}{0,000225} = 211,111$

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N} = \frac{211}{1 + 211/483} = 146,83$$

Es decir para realizar la investigación se necesita una muestra de al menos 147 pacientes de los cuales 55% serán para pacientes con ca de mama operable y 45 % para otros tipos de cáncer que maneja el departamento de senos, huesos y tumores mixtos.

**Por lo que la muestra será un total de 80 pacientes aproximadamente para los meses de agosto a diciembre del 2006.**

- 
- <sup>1</sup> Bentzen S.M., Dische S. Morbidity related to axillary irradiation in the treatment of breast cancer. *Acta Oncol.* 2000; 39(3): 337-47.
- <sup>2</sup> F.Vicente, M.C. Miranda, J.M. Martínez-Peñuela, M.E. Martínez, J.M. Lera. Ganglio centinela en carcinoma de mama: Criterios de actuación en el Hospital de Navarra.
- <sup>3</sup> Herd-Smith A, Russo A, Muraca M:G:, Del Turco M.R,Cardona G. Prognostic factors for lymphedema after primary treatment of breast cancer. *Cancer* 2001, Oct 1; 92(7): 1783-7.
- <sup>4</sup> Stahlberg CI, Jorgensen T. Arm morbidity after axillary dissection for breast cancer. *Ugeskr Laeger* 2001 Jun 11; 163 (24): 3356-9.
- <sup>5</sup> Centro de Investigación en Cáncer "MAES-HÉLLER"
- <sup>6</sup> Enciclopedia Microsoft ©ENCARTA ® 2003, © 1993-2002 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- <sup>7</sup> Tengrup I, Tennvall-Nittby L, Christiansson I, Laurin M. Arm morbidity after breastconserving therapy for breast cancer.*Acta Oncol* 2000;39 (3): 393-7.
- <sup>8</sup> Tobin MB, Lacey HU, Meyer, L, Mortimer PS The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer* 1993;72 .3248-52.
- <sup>9</sup> Condon Huerta MJ, González Viejo MA, Tamayo Izquierdo R, Martínez Zubiri A. Calidad de vida en pacientes con y sin linfedema después del tratamiento de cáncer de mama:implicaciones en la rehabilitación. *Rev. Rehabilitación*,2000; 34(3):248-253.
- <sup>10</sup> Revista PANAM SALUD PÚBLICA/ Pan Am/Public Health 15 (3), 2004.
- <sup>11</sup> **Carver et al.** rol mediador del afrontamiento en el efecto del optimismo sobre el distress, **Estados Unidos, 1993**
- <sup>12</sup> **Meléndez et al.** "Actitudes ante la cirugía a mujeres con cáncer de mama" **en Lima, en 1994**
- <sup>13</sup> **Bartmann y Roberto**, realizó un estudio sobre "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO - COGNITIVO ACTIVO, CONDUCTUAL ACTIVO Y EVITACIÓN, EN MUJERES MASTECTOMIZADAS", **en Lima 1996**
- <sup>14</sup> [HTTP:// www.mis20%documentos/untitled%20document.htm](http://www.mis20%documentos/untitled%20document.htm)
- <sup>15</sup> VIDAL Casero MC. Los problemas éticos en la experimentación oncológica. 1999; 1 (6): 10 – 2 (2)
- <sup>16</sup> Jay Harris,Mónica Morrow, Larry Norton. Malignant Tumors of the Breast.. En: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Chapter 36, section 2,1997, 5th.ed
- <sup>17</sup> Brunet J, Alonso MC, Ojeda B. Cancer de mama hereditario: Bases geneticas y características clinicas. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 623-627.

- 
- <sup>18</sup> VENTAFIRDA V. Principios de la Rehabilitación: En: Banadonna G. Robustelli Della Cuna G. Manual de Oncología Médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985: 972 – 978 (13)
- <sup>19</sup> VIDAL Casero MC. Los problemas éticos en la experimentación oncológica. 1999; 1 (6): 10 – 2 (2)
- <sup>20</sup> Easton D, Ford D, Peto J. Inherited susceptibility to breast cancer. *Cancer Surv* 1993; 18:95-113.
- <sup>21</sup> Ernesr VL, Barclay, J. Kerlikowske K et al. Incidence of treatment for ductal carcinoma in situ of the breast. *JAMA* 1996; 275:913-918.
- <sup>22</sup> Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, Willett W. Breast cancer. *N Engl J Med.* 1992; 327:390-398.
- <sup>23</sup> Galofré G, Pous-Ivern LC, Galofré M. Diagnostico y Tratamiento del Cancer de mama. Clinica Quirón. Barcelona.  
<http://www.bcm.es/spn/articulos/diagtrat%20cancermama2.htm> .  
(pagina activa el 02 de Octubre de 2003).
- <sup>24</sup> Navarro C. Los registros de cáncer de la población española. Simposio sobre registros de tumores; 1999, Noviembre 5; Madrid. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, 1999).
- <sup>25</sup> Miki Y, Swensen J, Shattuck-Eidens, et al. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science* 1994, 266; 66-71.
- <sup>26</sup> Wooster R, Bignell G, Lancaster J, et al. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature* 1995, 378; 789-792.
- <sup>27</sup> Lee WH, Chew HK, Farmer AA, Chen PL. Biological functions of the BRCA1 protein. *Breast Disease* 1998,10; 11-22.
- <sup>28</sup> Fodor J, Polgar C, Peley G, Nemeth G. Management of the axilla in breast cancer: evidences and unresolved issues. *Orv. Hetil* 2001, Sep 9; 142(36): 1941-50.
- <sup>29</sup> F.Vicente, M.C. Miranda, J.M. Martínez-Peñuela, M.E. Martínez, J.M. Lera. Ganglio centinela en carcinoma de mama: Criterios de actuación en el Hospital de Navarra.
- <sup>30</sup> Jay Harris, Mónica Morrow, Larry Norton. Malignant Tumors of the Breast.. En: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Chapter 36, section 2, 1997, 5th.ed.
- <sup>31</sup> Fodor J, Polgar C, Peley G, Nemeth G. Management of the axilla in breast cancer: evidences and unresolved issues. *Orv. Hetil* 2001, Sep 9; 142(36): 1941-50.
- <sup>32</sup> Bentzen S.M., Dische S. Morbidity related to axillary irradiation in the treatment of breast cancer. *Acta Oncol.* 2000; 39(3): 337-47.

- 
- 33 Stahlberg CI, Jorgensen T. Arm morbidity after axillary dissection for breast cancer. *Ugeskr Laeger* 2001 Jun 11; 163 (24): 3356-9.
- 34 Bentzen S.M., Dische S. Morbidity related to axillary irradiation in the treatment of breast cancer. *Acta Oncol.* 2000; 39(3): 337-47.
- 35 Herd-Smith A, Russo A, Muraca M:G., Del Turco M.R, Cardona G. Prognostic factors for lymphedema after primary treatment of breast cancer. *Cancer* 2001, Oct 1; 92(7): 1783-
- 36 Centro de Investigación en Cáncer "MAES-HÉLLER"
- 37 Stahlberg CI, Jorgensen T. Arm morbidity after axillary dissection for breast cancer. *Ugeskr Laeger* 2001 Jun 11; 163 (24): 3356-9.
- 38 Tengrup I, Tennvall-Nittby L, Christiansson I, Laurin M. Arm morbidity after breastconserving therapy for breast cancer. *Acta Oncol* 2000;39 (3): 393-7.
- 39 Condon Huerta MJ, González Viejo MA, Tamayo Izquierdo R, Martínez Zubiri A. Calidad de vida en pacientes con y sin linfedema después del tratamiento de cáncer de mama: implicaciones en la rehabilitación. *Rev. Rehabilitación*, 2000; 34(3):248-253.
- 40 Tobin MB, Lacey HU, Meyer, L, Mortimer PS The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer* 1993;72 .3248-52
- 41 Lisa Loudon, MA Jeanne Petrek, MD. Lymphedema in women treated for breast cancer. [abstract] *Cancer Practice* 2000 (8):65.
- 42 Asua J, Rico R, Gutiérrez MA, Aranáez R. Detección precoz del cáncer de mama en la CAPV. Propuesta de actuación. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Osteba; 1994.
- 43 F.Vicente, M.C. Miranda, J.M. Martínez-Peñuela, M.E. Martínez, J.M. Lera. Ganglio centinela en carcinoma de mama: Criterios de actuación en el Hospital de Navarra.
- 44 Degner LF, Sloan JA. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. *J Pain and Symptom Manage.* 1995; 10 (6): 423-431.
- 45 Greer S, Moorey S, Baruch JDR. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br Med J.* 1992; 304: 675-680.
- 46 Ruckdeschel JC y Piantadosi S. Assesment of quality-of-life by the Functional Living Index-Cancer (FLIC) is superior to Performance Status for prediction of survival in patients with lung cancer. *Proc. Am. Soc. Clin Oncol.* 1989; 8: 311.
- 47 Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC y cols. Effects of the psychosocial treatment on survival of patients with metastasic breast cancer. *The Lancet.* 1989; 2: 888-891.
- 48 Luengo S, Muñoz A. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; 2002.

- 
- 49 Ernser VL, Barclay, J. Kerlikowske K et al. Incidence of treatment for ductal carcinoma in situ of the breast. *JAMA* 1996; 275:913-918.
- 50 Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF, et al. SEER Cancer Statistics Review. 1973-1996. Bethesda, MD: National cancer Institute; 1999.
- 51 Centro de Investigación en Cáncer "MAES-HÉLLER"
- 52 Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, Willett W. Breast cancer. *N Engl J Med*. 1992;327:319-328.
- 53 Ottman, R.; Pike, M.C.; King, M.-C.; Henderson, B.E. Practical guide for estimating risk for familial breast cancer. *Lancet* 1983; 2: 556-8.
- 54 Barbosa ICFJ et. al. Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS*. 2002; 10(2): 73-78.
- 55 Oliveira MS de, FERNANDES AFC. Cuidados de enfermagem em mulheres no pré-operatório de mastectomia. In: XXII ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DE INICIAÇÃO À PESQUISA, Fortaleza. Anais... CD ROOM, Fortaleza: UFC, 2003.
- 56 Ayoub AC et al. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica - São Paulo: Lemar, 2002, 312p.
- 57 Easton D, Ford D, Peto J. Inherited susceptibility to breast cancer. *Cancer Surv* 1993; 18:95-113.
- 58 Centro de Investigación en Cáncer "MAES-HÉLLER"
- 59 King MC, Rowel S, Love SM. Inherited breast and ovarian cancer. What are the risk? What are the choices? *JAMA* 1993; 269: 1975-80.
- 60 Stewart BW, Kleihues P. *World Cancer Report*. WHO/IARC Press:Lyon, 2003.
- 61 Díez Gibert O, Del Río E, Domènech M, Hernández EM, Sanz J, Brunet J, Alonso MC, Baiget M. Mutaciones en el gen BRCA1 en mujeres españolas jóvenes con cáncer de mama *Med Clin (Barc)* 1999; 112:51-54.
- 62 Wooster R, Bignell G, Lancaster J, et al. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature* 1995, 378; 789-792.
- 63 Fisher B., Redmond C., Fisher e. R. Et al. *N. Engl. J. Med.* 1985;312;647
- 64 F. Viccini y J. Harris, *ASCO Educational Book* 2002:296-303.
- 65 Bernard fisher, Andersson S., Bryant J. et al. *N. Engl. J. Med.* 2002, 347:1233-41
- 66 G. Bonadonna, Valagussa P., Brambilla C. et al. *J. Clin. Oncol.* 1998;16:93-100
- 67 Zambatti M. et al. *Ist. Nazionale Tumori, Milan ASCO Proc.* 1999;18.Abst.287
- 68 Lisa Loudon, MA Jeanne Petrek, MD. Lymphedema in women treated for breast cancer. [abstract] *Cancer Practice* 2000 (8):65.
- 69 Condon Huerta MJ, González Viejo MA, Tamayo Izquierdo R, Martínez Zubiri A. Calidad de vida en pacientes con y sin linfedema después del tratamiento de cáncer de mama: implicaciones en la rehabilitación. *Rev. Rehabilitación*, 2000; 34(3):248-253
- 70 Ernser VL, Barclay, J. Kerlikowske K et al. Incidence of treatment for ductal carcinoma in situ of the breast. *JAMA* 1996; 275:913-918.



---

<sup>71</sup> Herd-Smith A, Russo A, Muraca M:G:, Del Turco M.R, Cardona G. Prognostic factors for lymphedema after primary treatment of breast cancer. *Cancer* 2001, Oct 1; 92(7): 1783-7.