



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Impacto del cáncer de mama en la calidad de vida en
mujeres tratadas en el Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

Ricardo Aurelio CARREÑO ESCOBEDO

ASESOR

Dra. Maritza Dorila PLACENCIA MEDINA

Lima, Perú

2021



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

Carreño, R. (2021). *Impacto del Cáncer de Mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018.* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Hoja de Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Ricardo Aurelio Carreño Escobedo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	32866752
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3707-2764
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Dra. Maritza Dorila Placencia Medina
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08471948
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3624-3461
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Dra. AURORA VILLAR CHAMORRO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06739084
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Dr. CARLOS EDMUNDO BARRIONUEVO CORNEJO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10305360
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Dr. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL LARA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10190682
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.6.1. Prevención y tratamiento: Neoplasia
Grupo de investigación	GI Educación Médica
Agencia de financiamiento	Ninguna
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Surquillo Dirección: Av. Angamos Este 2520 Latitud: -12.112189731605769, Longitud: -76.99834117528097

Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018
URL de disciplinas OCDE	http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.21



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

SECCION DOCTORADO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

EN LA CIUDAD DE LIMA, A LOS 12 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO, SIENDO LAS 12:00 M, ANTE EL JURADO DE SUSTENTACIÓN, BAJO LA PRESIDENCIA DE LA DRA. **AURORA VILLAR CHAMORRO** Y LOS MIEMBROS DEL MISMO:

DRA. AURORA VILLAR CHAMORRO	PRESIDENTE
DR. CARLOS EDMUNDO BARRIONUEVO CORNEJO	MIEMBRO
DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES	MIEMBRO
DRA. MARITZA DORILA PLACENCIA MEDINA	ASESORA

EL POSTULANTE AL GRADO DE DOCTOR, ES MAGÍSTER EN GOBIERNO Y GERENCIA EN SALUD, DON: **RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**, PROCEDIÓ A LA EXPOSICIÓN Y SUSTENTACIÓN PÚBLICA DE SU TESIS TITULADA: **"IMPACTO DEL CÁNCER DE MAMA EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES TRATADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. LIMA PERÚ. 2018"**, PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN MEDICINA.

CONCLUIDA LA EXPOSICIÓN, SE PROCEDIÓ A LA EVALUACIÓN CORRESPONDIENTE, LA CUAL OBTUVO LA SIGUIENTE CALIFICACIÓN: **"B" MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** A CONTINUACIÓN LA PRESIDENTA DEL JURADO RECOMIENDA QUE LA FACULTAD DE MEDICINA, PROPONGA QUE SE LE OTORQUE AL MAGISTER: **RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**, EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN MEDICINA.

SE EXPIDE LA PRESENTE ACTA EN DIGITAL Y SIENDO LA **1:14 PM**. SE DA POR CONCLUIDO EL ACTO ACADÉMICO DE SUSTENTACIÓN.

DR. AURORA VILLAR CHAMORRO
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. CARLOS EDMUNDO BARRIONUEVO CORNEJO
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACION

DRA. MARITZA DORILA PLACENCIA MEDINA
ASESOR DE LA TESIS

Dedicatoria

A todas las mujeres que padecen enfermedades y que su calidad de vida ha sido afectada, siempre habrá algo que hacer para mejorar su condición de salud y bienestar.

Agradecimiento

A mis padres, la familia y al Perú que me brinda esta oportunidad de compartir como impacta el cáncer de mama en la vida cotidiana de las mujeres. A mis hijos Alexia, Álvaro y Alonso, que sea un motivo de inspiración para hacer otras contribuciones a la sociedad.

En especial a la Dra. Maritza Dorila Placencia Medina por su dirección en el desarrollo de esta investigación, a sus correcciones, orientaciones y consejos basados en su gran experiencia, y por haber contribuido a hacer realidad esta tesis a favor de las mujeres con cáncer de mama del Perú.

Índice General

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iii
Índice General.....	iv
Resumen	ix
Introducción.....	xii
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Situación Problemática	1
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Justificación teórica	6
1.4. Justificación práctica	7
1.5. Objetivos de la Investigación.....	7
1.5.1. Objetivo General	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	9
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación	9
2.2. Antecedentes de investigación.....	12
2.3. Bases teóricas	16
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	21
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	21
3.2. Unidad de análisis.....	21
3.3. Población del estudio.....	21
3.4. Tamaño de la Muestra	21
3.5. Selección de la Muestra	22
De la selección de pacientes para la encuesta de calidad de vida	22
Unidad de Información	22
Criterios de inclusión	22

Criterios de exclusión.....	24
3.6. Técnica e Instrumentos de recolección de datos	24
3.7. Análisis e interpretación de la información	28
3.8. Aspectos Éticos	29
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4. 1. Análisis, interpretación y discusión de resultados.....	30
4.2. Pruebas de hipótesis.....	41
4.3. Presentación de resultados	42
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. Conclusiones	46
5.2. Recomendaciones	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	56
Anexo 1 - Encuesta de calidad de vida SF-36.....	56
Anexo 2.....	59
Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama	60
Anexo 3.....	62
Aprobación del Comité Revisor de Protocolos del Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	62
Anexo 4.....	63
Consentimiento informado.....	63
Anexo 5.....	64
Código ético de los encuestadores.....	64
Anexo 6.....	66
Código ético del colector de datos de fuentes secundarias (historia clínica)	66
Anexo 7.....	67
Código ético del analista para la presentación de resultados	67
Anexo 8.....	68

Cálculo del tamaño de muestra con Epi Info 7.2	68
Anexo 9.....	69
Medidas de tendencia central y de resumen del dolor en pacientes con cáncer de mama.....	69

Lista de cuadros

Cuadro 1. Características personales, tipo de atención según financiamiento y estadio clínico de la paciente con cáncer de mama	30
Cuadro 2. Medidas de tendencia central y de resumen en pacientes con cáncer de mama	32
Cuadro 3. Procedencia de pacientes atendidas en consulta externa de Mama y Tejidos Blandos	33
Cuadro 4. Pacientes atendidas en consulta externa de Mama y Tejidos Blandos según regiones del Perú.	34
Cuadro 5. Características del dolor en pacientes con cáncer de mama	35
Cuadro 6. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Prueba de Kruskal – Wallis.	37
Cuadro 7. Correlaciones de Spearman significativas ($p < 0.05$) por dimensiones en las pacientes con cáncer de mama	40
Cuadro 8. Tipos de tratamiento según estadio clínico	41

Lista de Figuras

Figura 1. Media de puntaje y desviación estándar según dimensiones de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama	3636
Figura 2. Puntaje de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama	39

Resumen

Objetivo: Determinar el impacto del cáncer de mama en la calidad de vida, según estadio clínico (EC), la percepción del dolor en las mujeres con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en 2018.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo, en 328 mujeres. Se usó el cuestionario SF- 36 con dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental y una escala de dolor.

Resultados: La media de la edad fue 52.9 años. Hubo diferencias significativas en la dimensión Función Física entre los diferentes estadios clínicos. El estadio clínico 0 (EC-0) presentó una fuerte correlación (0.545) con afectación de la función social; disminución del esmero en el trabajo y mayor interferencia en horas de trabajo, en la vida social habitual, el estadio clínico IV (EC-IV) tuvo una fuerte correlación en la dimensión de rol emocional (0.582).

Conclusiones: El puntaje de calidad de vida según estadio clínico fue: EC-0 66.6, EC-I 53.9, EC-II 60.2, EC-III 56.4 y con severo daño del rol físico, EC-IV 53.4, con severa afectación en el rol emocional y físico. El 87.8 % tuvo dolor, el dolor moderado fue en el 53.2 % y severo 23.3 %.

Palabras claves: Cáncer de mama; Neoplasias de la Mama; Calidad de Vida Relacionada con la Salud; HRQOL; Formulario SF-36; Calidad de vida.

Summary

Objective: To determine the impact of breast cancer on quality of life, according to clinical stage (CD), in the National Cancer Institute in 2018.

Materials and methods: Observational, cross-sectional, analytical, and prospective study in 328 women. The SF-36 questionnaire was used with dimensions of physical function, physical role, body pain, general health, vitality, social function, emotional role and mental health and a pain scale.

Results: The mean age was 52.9 years. There were significant differences in the Physical Function dimension between the different clinical stages. Clinical stage 0 (CD-0) presented a strong correlation (0.545) with impairment of social function; decrease in dedication at work and greater interference in working hours, in habitual social life, clinical stage IV (CD-IV) had a strong correlation in the dimension of emotional role (0.582).

Conclusions: The quality-of-life score according to clinical stage was CD-0 66.6, CD-I 53.9, CD-II 60.2, CD-III 56.4 and with severe damage to the physical role, CD-IV 53.4, with severe impairment in the emotional and physical role. 87.8% had pain, moderate pain was 53.2% and severe 23.3%.

Keywords: Breast Neoplasms; Breast Malignant Neoplasm; Form SF-36; Quality of life; HRQOL; Health Related Quality of Life; Life Quality National.

Resumo

Objetivo: Verificar o impacto do câncer de mama na qualidade de vida, de acordo com o estágio clínico (EC), a percepção da dor em mulheres com câncer de mama no Instituto Nacional de Doenças Neoplásicas em 2018.

Materiais e métodos: Estudo observacional, transversal, analítico e prospectivo em 328 mulheres. O questionário SF-36 foi utilizado com as dimensões função física, papel físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental e uma escala de dor.

Resultados: A média de idade foi de 52.9 anos. Houve diferenças significativas na dimensão Função Física entre os diferentes estágios clínicos. O estágio clínico 0 apresentou forte correlação (0.545) com comprometimento da função social; diminuição da dedicação no trabalho e maior interferência na jornada de trabalho, na vida social habitual, o estágio clínico 4 teve forte correlação na dimensão papel emocional (0.582).

Conclusões: O escore de qualidade de vida de acordo com o estágio clínico foi: EC-0 66.6, EC-I 53.9, EC-II 60.2, EC-III 56.4 e com dano grave à função física, EC-IV 53.4, com comprometimento grave em o papel emocional e físico. 87.8% apresentavam dor, dor moderada 53.2% e intensa 23.3%.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Câncer da Mama; Formulário SF-36; Qualidade de vida; Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Introducción

Esta tesis aborda el cáncer de mama como problema de salud que afecta la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en los aspectos sociodemográficos, dimensiones propias de la calidad de vida según estadio oncológico y analiza la percepción del dolor.

Se utilizó el SF 36 como encuesta de calidad de vida y una escala de dolor diseñada para medir el dolor cotidiano o en sus actividades diarias como paciente con cáncer de mama. El dolor cotidiano se constituye un reto para el clínico y para los que planean la salud pública por el limitado abordaje en el conocimiento existente de esta problemática, y porque poco se investiga en temas relacionados a calidad de vida y cáncer de mama.

Se presenta el análisis de la calidad de vida según dimensiones física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud, y se confronta los resultados con otros hallazgos de calidad de vida, y dolor funcional.

Es un estudio que tiene validez interna y externa, porque cumplió con los pasos de validación de las herramientas utilizadas, para coleccionar la data y analizarla.

Se espera que esta tesis sea un aporte al conocimiento de la calidad de vida en cáncer de mama y dolor, y pueda facilitar esa sabiduría que a veces requieren los responsables de esta área de la salud, y contribuya a mejorar el conocimiento previo para las intervenciones clínicas o de salud pública.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. El cáncer de mama afecta seriamente la calidad de vida relacionada a la salud (Enien, Ibrahim, Makar, Darwish, & Gaber, 2018). En América latina, el cáncer se encuentra en la tercera causa de muerte y del mismo modo en el Perú. En la población general el cáncer de mama es la segunda causa de morbilidad (10.5 %) con 6985 casos anualmente después del cáncer de próstata (11.4 %), y más frecuente que el cáncer de estómago (8.6 %) (GLOBOCAN, 2018). En el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, las tasas globales estandarizadas por cien mil habitantes de mortalidad e incidencia han sido 10.7 y 40.8 respectivamente (Payet Meza, Patricia Perez & Mejía, Ebert Poquioma Rojas, 2016). Las neoplasias más comunes en mujeres son el cáncer de Cuello del útero, Mama y Estómago (Ministerio de Salud, 2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) brinda atención a pacientes portadores de tumores malignos, dentro de ellos el cáncer de mama (Ministerio de Salud., 2012). (Ministerio de Salud., 2013). El cáncer de mama es la segunda causa de morbilidad atendida en la mujer peruana y en el INEN, está después del cáncer de cuello uterino. Para los años 2006 – 2011, en mujeres, hubo un total de 11,271 casos de cáncer de mama a nivel nacional, y representó un 10% de todos los cánceres del país.

Hay inadecuada mensuración, diagnóstico y conocimiento de cómo impacta en la calidad de vida por cáncer de mama y en la supervivencia de mujeres tratadas en el INEN, por:

- 1) Las diferentes atenciones en los servicios oncológicos,
- 2) Factores individuales de cada paciente,
- 3) Relaciones interpersonales,
- 4) No se analiza institucionalmente la calidad de vida.

La información de supervivencia y calidad de vida no está actualizada, sólo se tiene datos analizados al año 2007.

La atención oncológica que recibe cada paciente con cáncer de mama en el INEN se relaciona con la supervivencia y la calidad de vida, es dependiente del tipo de tratamiento, del estadio inicial, si es continuadora, o inicia el tratamiento tardíamente.

No se ha implementado la mensuración de la calidad de vida en la atención de consulta externa, esto limita que pocas veces se prescriba en relación a la calidad de vida evaluada en sus dimensiones, el manual para su atención no contempla evaluar la calidad de vida y prescribir tratamiento según la dimensión afectada en el diagnóstico, el enfoque de la calidad de vida no condiciona el tratamiento oncológico, si no el estadiaje, aunque se sabe que todo oncólogo tiene presente la calidad de vida en la anamnesis o evaluación clínica. También el tiempo que demora entre citas, insuficiente abastecimiento de medicamentos para cánceres refractarios a drogas. Estos factores relacionados a la atención de cáncer de mama no se han mensurado en el instituto, tampoco se ha hecho en otros hospitales del país, al menos al momento del planteamiento de esta investigación.

Los factores individuales de cada mujer con cáncer de mama también se relacionan con la calidad de vida y supervivencia, como: Nivel de educación, nivel económico al que pertenece, las creencias, el tipo de religión que practica o profesa, costumbres, la capacidad de afrontamiento, las expectativas para con su vida y enfermedad, la edad, la accesibilidad geográfica (referencia de todo el Perú), accesibilidad cultural para enfrentar el cáncer, la procedencia, del tipo familiar con que inicia su enfermedad o continua tratándose, familia funcional o disfuncional, de un estilo de vida no

sedentario, de la actividad física o ejercicios (ejercicio para rehabilitarse o yoga) o deporte que realiza. Esto último no se ha medido y no se ha encontrado publicaciones.

La clase de interrelación personal con el entorno familiar según tipo de familia, y con profesionales de salud, de la empatía con su médico tratante o enfermera, la interrelación con sus vecinos o amigos, o la interrelación con otros pacientes a través de grupos de ayuda mutua, como el club de la mama, una relación inadecuada entre una paciente con cáncer de mama con la enfermera o médico puede ser devastador para la calidad de vida, al tener esta un componente subjetivo. Hay un enfoque limitado de interrelaciones personales o con la familia, como complementariedad al tratamiento en la atención del cáncer.

La evaluación de la calidad de vida según tipo de cáncer y su estadio clínico no es parte de la atención integral, no está declarado como estándar de atención.

La información de la supervivencia no está actualizada en el INEN, se tiene datos que la supervivencia de cáncer de mama es de 5 años en el 40.8 % (Gómez et al, 2015), según la data de 2002 - 2007. Se debe tener en cuenta que en los últimos 5 años han aparecido nuevas drogas para tratamiento de cáncer de mama resistente (HER-3+).

Se conoce que el cáncer de mama afecta la fisiología sexual, el placer sexual, la preocupación por el futuro, en la falta de sueño, preocupación por caída de cabello, dolor en el brazo donde ha sido operada, pero no se han realizado estudios al respecto en el INEN, y tampoco existe publicación disponible en revistas científicas en el Perú.

Presentan las pacientes con cáncer de mama un patrón sexual ineficaz, disfunción sexual, alteraciones de la imagen corporal, y trastornos de ansiedad (Braña-Marcos, Beatriz; Carrera-Martínez, Diego; Villa-Santoveña, Mónica; Vegas-Pardavilla, Estefanía; Fernández, Sara Avanzas; Corbato, 2012). La fatiga es predictiva de la calidad de vida en la atención de oncología, la práctica de ejercicios anaeróbicos disminuye la fatiga y por ende mejora la calidad de vida. (Meneses-echavez, JF; González-Jiménez, E; Ramírez-Vélez, 2015)

Otro aspecto importante es el dolor que está presente en la mayoría de las pacientes y ello afecta la calidad de vida, se presenta en diferentes estadios de la enfermedad. El

dolor en pacientes con cáncer de mama se presenta porque muchas mujeres experimentan efectos secundarios del tratamiento, incluso dolor persistente (es decir, dolor que dura al menos tres meses o se prolonga después de varios años de haber sido diagnosticada y tratada, el dolor cuando es persistente puede afectar significativamente la calidad de vida, ocasiona disminución de la calidad de vida en individuos con cáncer (M. D. Smith, Meredith, & Chua, 2018). Aunque la calidad de vida es una calificación subjetiva de la paciente, depende de diferentes condiciones clínicas y personales como el estadio clínico, la atención recibida, y el tratamiento del dolor. La calidad de vida es un concepto subjetivo no siempre fácil de mensurar y existe diferentes escalas de medición desarrolladas para cáncer de mama, y una de ellas es el cuestionario SF 36, que tiene 8 dimensiones y solamente dos preguntas dentro de la dimensión “Dolor Corporal” son incluidas; como si tuvo dolor en alguna parte del cuerpo y hasta qué punto el dolor dificulta el trabajo cotidiano, es decir una parte del cuestionario contiene dos características del dolor (Hart, Kang, Weatherby, Lee, & Brinthaup, 2015) (Domínguez Gil et al., 2009) (Vilagut et al., 2005). Lo anterior puede conducir a una caracterización del dolor insuficiente como variable que afecta a la calidad de vida, aunque ésta es aceptada y tiene confiabilidad para medir la calidad de vida a nivel mundial.

Entre el 20% al 50% de las pacientes se quejan del dolor, y este se incrementa al 90% para los pacientes con metástasis o pacientes terminales. El dolor es uno de los efectos adversos más frecuentemente reportados que se produce como parte del proceso de la enfermedad o como un efecto secundario de tratamiento (Costa, Monteiro, Queiroz, & Gonçalves, 2017) (Villar et al., 2017). Es un problema para la mayoría de los pacientes con cáncer de mama y tiene un efecto desfavorable en la calidad de vida. Según un meta análisis sugiere que el dolor prevalece en el 39.3% de los casos después de tratamiento curativo, 55.0% durante el tratamiento del cáncer, y en 66.4% en estadios avanzados o terminales de la enfermedad (Van Den Beuken-Van Everdingen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen, & Janssen, 2016).

Para Mehmet Ali Eryılmaz et al (2014), la edad se correlacionó moderadamente con la función física, sin embargo Pereira J, Silva S, Pereira L, Paludetto K. (2013), encontró una asociación negativa moderada entre la edad y la función física ($r = -0.235$, $p = 0.01$), mientras que hubo una leve asociación positiva entre la edad y la

dimensión de vitalidad ($r = 0.198$, $p = 0.04$), para este estudio se encontró fuerte correlación entre la edad y la función social para el estadio 0, y entre la edad y la dimensión de rol emocional.

El dolor es una complicación frecuente de la cirugía de cáncer de mama. Aunque el dolor asociado con la cirugía del cáncer de mama incluye diferentes condiciones, no se estudió otras características clínicas del dolor, que con el componente prospectivo de este mismo estudio se podría complementar, por ejemplo, dolor de pecho fantasma, dolor alrededor de la cicatriz de mastectomía, o dolor en la pared torácica anterior, dolor neuropático intercostobraquial, etc., tipos de dolor en sobrevivientes de cáncer de mama. (La Cesa S, Sammartino P, Mollica C, Casciulli G, Cruccu G, Truini A, 2017) El dolor compromete de manera importante la calidad de vida en mujeres con cáncer mamario, en particular las que tienen etapas avanzadas de la enfermedad. (Costa et al., 2017).

Mundialmente hay muchos vacíos u omisión en los estudios de calidad de vida relacionado al cáncer mamario. En Estados Unidos, 2015 (Fu et al., 2015), se sugiere incluir en la evaluación de la calidad de vida las comorbilidades y el reingreso (Sun, Leung, Dillon, & Hollenbeak, 2015). En Holanda, (Lechner et al., 2015), se plantea a las necesidades básicas insatisfechas considerar en la medición. En Francia, (Christophe et al., 2015), se cuestiona las evaluaciones de calidad de vida porque no incluyen la dimensión personal y/o social de manera más específica, como la vida rutinaria, el afrontamiento por la vida futura, el cuidado de niños y los problemas económicos como consecuencia de la enfermedad. En Brasil, (Simeão et al., 2013), se menciona que se debe considerar los grupos de ayuda mutua, pero la participación o no de la paciente en estos grupos no se analizan, ni la calidad de sueño como predictor del estado de calidad de vida y los tipos de depresión, pero la miden indirectamente (Medeiros et al., 2011), esto podría ser un buen predictor de la calidad de vida. Se debe incluir (Gozzo, Moysés, Silva, & Almeida, 2013), el manejo de la náusea y vómito como fundamental para la correcta gestión de las toxicidades por la quimioterapia recibida, con preguntas más precisas. En Colombia, (Sánchez-Pedraza, Ballesteros, & Anzola, 2010), La calidad de vida es un concepto que se modifica y depende de la edad de los pacientes, lo cual apoya la concepción subjetiva del constructo, las publicaciones de calidad de vida en cáncer de mama no incluyen los diferentes grupos

de edad, no es lo mismo una mujer adulta con una mujer joven que tiene hijos, una paciente anciana que probablemente tenga mucho apoyo o no.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el impacto del cáncer de mama en la calidad de vida de mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - Perú 2018?

1.3. Justificación teórica

Investigar el impacto del cáncer de mama no solo debe ser desde una perspectiva que evite más morbilidad o mortalidad, como casos atendidos, tratados u operados, esta puede también enfocarse en aspectos de la calidad de vida relacionada a la salud, y por ello, este estudio beneficia al conocimiento de la calidad de vida con cáncer de mama. La de calidad de vida se mide a través de encuesta que utilizan escala Likert, y para este estudio se utilizó el SF-36 como encuesta de calidad de vida, la herramienta que se enfoca 8 dimensiones o pilares de comprensión de la calidad de vida como la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud; y se complementó con una profundización de la investigación del dolor en aspectos rutinarios de la paciente. El dolor cotidiano o el dolor diario, relacionados o producto de actividades en su casa o trabajo muchas veces es ignorado en el conocimiento del médico tratante, en planes de intervención clínica o de salud pública. Las encuestas de calidad de vida en general tienen limitado abordaje del dolor horario, de casa y en el trabajo, y el dolor por sí mismo es predictivo de la calidad de vida, y ese conocimiento profundizado puede contribuir a establecer mejores medidas de salud clínica y pública, debido a que el dolor no está insertado en la guía de tratamiento de cáncer de mama o los clínicos no siempre tratan según los conocimientos por las dimensiones de la calidad de vida. En otras palabras, en este siglo XXI se necesita profundizar los aspectos que influyen o impactan en la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama desde una perspectiva emic, más desde el lado

como las pacientes que conviven con esta enfermedad por que la supervivencia producto del avance médico tecnológico ha aumentado.

1.4. Justificación práctica

El cáncer de mama es un problema de salud pública, es la segunda causa de mortalidad en las pacientes tratadas en el INEN. El 75% de pacientes con cáncer de la mama femenino acuden en estadios clínicos avanzados, impacta significativamente en la disminución de la calidad de vida y la supervivencia. Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, por lo general se les realiza mastectomía y ello influye de forma negativa con impacto en la autoapreciación física de la mujer (Bajuk & Reich, 2011).

El estudio beneficiará a más de 30,000 pacientes que viven con cáncer de mama actualmente tratadas en el INEN. Los resultados servirán para generar evidencia de la calidad de vida y supervivencia. Contribuirá a plantear un Grant o propuesta de financiamiento, para que en el Perú se establezca el análisis de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, como parte del protocolo de atención y monitoreo en el INEN.

1.5. Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General

Determinar el impacto del cáncer de mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018.

1.5.2. Objetivos específicos

Determinar las características sociodemográficas de la paciente con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018.

Determinar la calidad de vida según estadio oncológico en las pacientes con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018.

Describir la percepción del dolor en las mujeres con cáncer de mama que acuden al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

Una investigación sobre el impacto de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama utiliza diferentes enfoques filosóficos desde la idea de investigación hasta la culminación del proyecto de investigación.

En una primera fase se utiliza el racionalismo que se fundamenta en el pensamiento lógico para la generación de ideas concatenadas con el propósito de proponer una investigación en salud. Para pasar del pensamiento lógico a la investigación de la calidad de vida en salud se agenció de la racionalidad, ésta defínase como aquella interrelación de ideas, conceptos e intuición, basado en evidencia o conocimiento previo de un tema de salud, para generar una propuesta de investigación capaz de ser efectiva. Es decir, primero debe generarse una idea, la idea genera definiciones o conceptos, a partir de una idea o conjunto de ideas se generan propuestas iniciales de investigación. Un concepto es una explicación personal, propia o adaptada del investigador para el tema específico calidad de vida en cáncer de mama. La idea de investigación es la base de cualquier tipo de conocimiento científico, que puede contribuir al crecimiento de la ciencia en la calidad de vida en cáncer de mama. La idea de esta investigación fue una ocurrencia que existió o se estableció como posibilidad de investigar en la mente del investigador. El investigador reaccionó con una idea según el tema a investigar o interés porque tenía contacto a diario con

diferentes pacientes con cáncer de mama. Pero esa capacidad para investigar sobre la calidad de vida debía contemplar ideas efectivas que estuvieron asociadas a la capacidad de razonamiento, autorreflexión, la creatividad y la habilidad para internalizar dicha temática y aplicar “todo el intelecto”. Pero, para que la idea de investigación se plasme concretamente, se aplicó el pensamiento lógico, y para ello se agenció de varios fundamentos filosóficos. Entonces, la idea de investigación sobre la calidad de vida surgió por una mixtura de diferentes paradigmas, pero se inició con la empírea (experiencia previa del tema de investigación a proponer).

Este pensamiento lógico tuvo que tratar de responder ante la complejidad del tema en cáncer de mama y la falencia de conocimiento actualizado en el país, tanto así que la existencia y experiencia del profesional de salud, al ser compleja era insuficiente y se escapaba de la “comprensión total”, desde cualquier disciplina en ciencias de la salud que se aborde, por la multiplicidad de áreas de desarrollo de la investigación en salud como la clínica, la económica, ambiental, biológica, social y psicológica, etc., que intervienen en su conformación como problema de salud; organizándola de modo tal que existe un vasto conocimiento y un sin número de posibilidades para poder conocerlas mejor a través de la investigación de dicha problemática.

Ante esta complejidad, el autor buscó proponer explicaciones, para lo cual fue necesario conocerlas bien, describir e interpretar los hechos o fenómenos para comprender sus regularidades y así poder predecir, y como puente la idea de investigación en salud.

En esta búsqueda de explicaciones, el aspirante a doctorado en medicina pasó por un proceso evolutivo del conocimiento en el tema cáncer de mama y calidad de vida, que lo ha llevado al desarrollo y adoptado diferentes paradigmas en la generación del conocimiento y, en consecuencia, en los enfoques de esta investigación.

Las corrientes filosóficas que han influido se constituyen en canales de pensamiento por donde el investigador hizo fluir su idea de investigación, de allí, fue importante el paradigma porque le brindó ubicación temática, seguridad en su propuesta de ideas de investigación como alternativa de abordaje al tema.

Se puede precisar otros enfoques filosóficos utilizados en esta investigación como el positivismo, el empirismo, la fenomenología, y el subjetivismo.

El positivismo, proviene del francés “positivisme” y éste del latín “positivus” ‘convencional’, derivado de ponerse ‘establecer’. En un inicio para los franceses era el rigor científico y posteriormente el ‘cientifismo’. Con etimología ‘poner’. El positivismo plantea que el único medio de conocimiento es la experiencia verificada, comprobada, o demostrada por medio de sentidos o la evidencia: el positivismo fue formulado por Auguste Comte en el siglo XIX y rechaza todo concepto absoluto y universal no demostrado. De ello surge, el Positivismo Lógico, que es un movimiento filosófico que resalta la importancia de la comprobación científica de los conceptos filosóficos, se enfoca en el análisis de la significación por medio de un análisis lógico racional de la evidencia y del uso de la bioestadística. El positivismo tiene tendencia a valorar preferentemente los aspectos materiales de la realidad y admite únicamente el método que demuestra, y rechaza toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto. Si analizamos el cáncer de mama como positivistas esta investigación se ha basado en encontrar diferencias significativas en estadios y tratamientos comprobados que recibieron las pacientes con cáncer de mama, y compararlos en la calidad de vida.

Para el Empirismo, fue el conocimiento que se originó desde la experiencia por contacto con pacientes de cáncer de mama. Esta forma de racionalidad corresponde a un sistema filosófico que se basa fundamentalmente en los datos vivenciados. La experiencia es la que genera conocimiento y determina la forma como se describe el problema de investigación en cáncer de mama. Para ello, todo profesional de salud tiene experiencias y al momento de analizar un problema de salud, atribuye ciertos factores o causas por la cual pueden ser explicadas desde una óptica personal o grupal.

El empirismo es un enfoque psicológico y epistemológico que confronta la corriente lógico racional y postula que el conocimiento deriva la empírea o experiencia, que puede ser reflexiva o experiencia interna, o de sensaciones que es externa: el empirismo parte de la base de que solamente es posible reconocer la realidad mediante la observación sistemática. El empirismo es un método o procedimiento que está basado en la experiencia y en la observación de los hechos: el empirismo en la producción de atenciones de la salud trae una enorme variedad de respuestas o

propuestas para investigar en tratamientos a pacientes, presenta enorme variedad de alternativas para que sean útiles en la población.

La fenomenología, es el método filosófico desarrollado por Edmund Husserl que, parte de la descripción de las entidades y cosas presentes a la intuición intelectual, logra captar la esencia pura de dichas entidades, trascendente a la de manera concreta. La fenomenología permitió describir eventos por los cuales fueron interpretados en forma lógica respecto al cáncer de mama y como afecta a la mujer, para tratar de comprender lo que sucede en los diferentes eventos en salud que tiene la paciente con cáncer, sus estadios clínicos, el efecto que tenía en la calidad de vida y el dolor que presentaron esta población.

El subjetivismo, es aquella corriente filosófica o paradigmática que le interesa investigar o abordar el modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo, en otras palabras, recoge la opinión o calificación de la calidad de vida de mujer con cáncer de mama. Esta teoría filosófica predomina para plantear problemas de salud desde el punto de vista cualitativos, donde importa más los significados, la interpretación semántica, la perspectiva del problema de salud percibida o sentida, etc. Esto influyó para que se elabore una escala del dolor que permita medir el dolor que tiene la paciente con cáncer de mama cuando hace diferentes actividades de su vida diaria. Cabe destacar que mucho se ha investigado en salud a partir de este paradigma subjetivista, por los profesionales de enfermería, por las obstetrices, y escasamente en profesionales médicos, aunque con tendencia creciente en estos últimos años. Aquí es necesario señalar que se puede investigar bajo la perspectiva emic o ethic. El estudio de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama se enmarca bajo la perspectiva ethic.

2.2. Antecedentes de investigación

Sat-Muoz D et al (2011), evaluó la calidad de vida, factores socioeconómicos, comorbilidades y el impacto del proceso de Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama con diferentes estadios clínicos que acudieron al Instituto Mexicano del Seguro

Social, se utilizó el EORCT QLQ-C30. Concluyeron que la etapa clínica del cáncer de mama está asociada con diferencias en las puntuaciones de fatiga, náuseas y vómitos. Y las dificultades financieras de acuerdo con la evolución de la enfermedad y el detrimento físico asociado. Las características sociodemográficas fueron relacionadas al rol funcional, la fatiga y el dolor en mujeres solteras con elevadas puntuaciones. (Sat-Muoz et al., 2011)

Vivar C (2010), evidencia que el cáncer mamario impacta negativamente en las dimensión psicológica y social, sobre todo en las mujeres con larga sobrevivencia y propone la implementación para los cuidados de las pacientes. Hizo una revisión narrativa de publicaciones en la experiencia de sobrevivencia en los atributos psicológico, físico y social, a través de la calidad de vida a largo plazo en cáncer de mama (Escala LTQOL-BC). Concluye que la sobrevivencia por cáncer de mama se presenta porque son emocionalmente afectadas por la discapacidad y/o daños físicos por la cirugía de mastectomía, secuela de linfedema, infertilidad y menopausia temprana. Además de daños psicológicos como miedo a la recaída y estrés emocional y/ socialmente por los cambios de roles familiares y en el trabajo. (Vivar, 2010)

Abrahams H et al, (2010), investigó la prevalencia de fatiga severa en carcinoma ductal in situ mamario (DCIS) frente a supervivientes de cáncer de mama (BCS) y controles sanos (HC), la calidad de vida y la asociación de la fatiga con factores psicosociales y de comportamiento en pacientes DCIS. En 89 pacientes tratados por DCIS, que fueron apareados por edad y sexo a 67 BCS y 178 HC (proporción 1: 1: 2). La fatiga se midió con la subescala Severidad de Fatiga de la fuerza individual de la lista de verificación. Encontraron que el 23% de los pacientes DCIS, 25% de BCS y 6% de HC estaban muy fatigados (DCIS versus HC: $p < 0.001$). Los DCIS con fatiga severa tuvieron una menor calidad de vida y se vieron más deteriorados en todos los ámbitos de funcionamiento que las pacientes con DCIS no muy fatigadas. Los problemas del sueño, las cogniciones disfuncionales en relación con la fatiga, la evitación de actividades, el comportamiento de todo o nada, la percepción de falta de apoyo social, problemas de afrontamiento relacionados con DCIS y el miedo a la aparición futura de cáncer estaban relacionados con la fatiga. Concluyeron que la prevalencia de fatiga severa en DCIS de los pacientes fue similar a BCS, pero superior a HC. Las pacientes DCIS muy fatigadas tenían una menor calidad de vida y más deterioros funcionales. Se sabe que

los factores relacionados con la fatiga psicosocial y conductual en los pacientes DCIS perpetúan la fatiga en el BCS. (Abrahams et al., 2017)

Lopes de Castro et al (2016) estudió que aquellas personas que no practicaron ejercicio físico (GC), después de la cirugía de mama (6 meses) tuvieron inadecuada vitalidad, limitaciones por aspectos emocionales. Fue un estudio a dos brazos, conformado por dos grupos de 12 mujeres en el que practicaron ejercicio en edades 52.4 ± 9.1 años y el grupo que no lo practicó 49.5 ± 4.9 años. Concluyeron que el ejercicio físico en mujeres con cáncer ayuda a mejorar física, psicológica y socialmente, comparado con las que no hacen ejercicio, y ello es un factor importante al tener presente intervenciones para mejorar la calidad de vida. (Castro et al., 2016)

Costa W et al, (2017), estudió el dolor y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, a través de una investigación transversal, y encontró que el 71.7 % reportaron dolor, y estuvo correlacionado inversamente con la calidad de vida: el grupo sin metástasis tuvo una puntuación media de 55.3 (SD = 24.8) para los que tenían dolor, que aumentó a 69.7 (SD = 19.2) para los que no tenían dolor ($p = 0.001$). Los sujetos con metástasis locorregional tuvieron una puntuación de 59.1 (SD = 21.3) cuando tenían dolor, y los que no tenían dolor tuvieron una puntuación significativamente mayor de 72.4 (SD = 18.6) ($p < 0.001$). Los pacientes del grupo de metástasis a distancia mostraron resultados similares con una puntuación media de 48.6 (SD = 23.1) para los que tenían dolor y 67.6 (SD = 20.4) para los que no tenían dolor ($p = 0.002$). Con respecto a la asociación de la intensidad del dolor y la calidad de vida, los pacientes con metástasis a distancia y dolor intenso tuvieron las peores puntuaciones para la calidad de vida con una escala funcional media de 49.9 (DE = 17.3) ($p = 0.009$), una puntuación de 50.0 en la Escala de síntomas. (SD = 20.1) ($p = 0.001$) y una puntuación de Global Health Scale de 39.7 (SD = 24.7) ($p = 0.006$). Concluye que el dolor compromete la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama, en particular aquellos con estadios avanzados de la enfermedad. (Costa et al., 2017)

Chaar et al, (2018), encontró que el bienestar espiritual objetivo tiene efecto protector contra la desesperación en el final de la vida en pacientes con cáncer de mama. El estudio evaluó el impacto de la espiritualidad en la calidad de vida, la depresión y la ansiedad de los pacientes de cáncer de mama libaneses. Fue un estudio observacional transversal monocéntrico, con una muestra conveniente de 115 pacientes con cáncer

libaneses ingresados en el Hospital Hôtel-Dieu de France (HDF), Beirut-Líbano. Además de los datos sociodemográficos y clínicos, se utilizaron tres cuestionarios: EORTC QLQ-C30 (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cuestionario de Calidad de Vida del Cáncer, tercera versión), FACIT-Sp-12 (Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas, Bienestar Espiritual-Ser; la Escala de Bienestar Espiritual de 12 ítems, 4ª versión), y HADS (Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital). Dieciocho pacientes que tomaron ansiolíticos y / o antidepressivos no se incluyeron en el análisis. Los restantes 97 pacientes fueron analizados. Halló un mejor funcionamiento emocional y cognitivo en pacientes con mayor fe, paz, y puntajes FACIT totales. La fe, la paz y las puntuaciones totales de FACIT también fueron mayores entre los pacientes con mejor estado de salud global y calidad de vida. La ansiedad y la depresión se asociaron significativamente con todos los factores de bienestar espiritual. Concluye que la espiritualidad mejora la calidad de vida, disminuye la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. Sugiere incorporar el cuidado espiritual en los sistemas de salud. (Chaar et al., 2018)

Schmidt M, 2018, indica que el propósito deseable después del tratamiento del cáncer es mantener o recuperar una alta calidad de vida (QoL) y la capacidad de realizar bien las tareas cotidianas. Encontró que las funciones y síntomas relacionados con la calidad de vida en los pacientes durante el tratamiento del cáncer fueron peores en comparación con las referencias saludables, pero mejoraron en gran medida con el tiempo. Sin embargo, la función cognitiva y el sueño todavía estaban significativamente deteriorados a los 5 años de seguimiento. Otros problemas comunes a largo plazo incluyeron problemas sexuales (45% de los sobrevivientes), sofocos (38%), dolor (34%), fatiga (24%) y polineuropatía (21%). Los análisis de regresión indicaron que la fatiga es la que más impacta en la calidad de vida global. Las necesidades de apoyo se expresaron principalmente por trastornos menopáusicos (43%), rendimiento físico (39%), problemas de sueño (38%), artralgia (37%), problemas cognitivos (36%), problemas de peso (32%) y fatiga (31%). Concluyeron que hay una necesidad de exámenes de detección continuos y apoyo con respecto a la fatiga, problemas del sueño, problemas cognitivos, artralgia / dolor, síntomas menopáusicos / sexuales, rendimiento físico y problemas de peso durante y varios años después de la terapia del cáncer de mama. (Schmidt, Wiskemann, & Steindorf, 2018)

2.3. Bases teóricas

De la calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió hace varias décadas la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones, enfermedad o discapacidad (World Health Organization 1952). (Temas de Salud. preguntas más frecuentes. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 20 de marzo de 2019. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faf/es>) Como desarrollo de este concepto surge el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial no sólo se enfoca en el tratamiento, y en ella la medicina aborda aspectos referidos al bienestar del paciente, como sus relaciones personales, el comportamiento, el ambiente en familia y/o trabajo, y la interrelación social, a la interrelación de todas estas dimensiones o factores se llama Calidad de Vida. (Sanz 1991)

No es nueva la definición de Calidad de Vida y se implementó en los años 80 por influencia de la corriente medico social, hubo un creciente interés popular y médico por la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos oncológicos. En 1973, había sólo 5 artículos publicados y posteriormente en cada quinquenio en Medline con la palabra clave “quality of life” se encontraba una tendencia creciente de artículos a 195, 273, 490 y 1.252. (Arostegui I, 2008)

La Calidad de Vida relacionada a la Salud (CVRS) es una percepción individual. La percepción subjetiva de bienestar que cada paciente tiene es producto de la experiencia rutinaria en su vida. Para la evaluación de CVRS se incluyen áreas importantes de la vida diaria y sus afectaciones por el tratamiento o durante su tratamiento: la función física, la dimensión psicológica y la implicancia social y espiritual. Ello, inició una articulación entre la medicina física y ciencias sociales. Desde el siglo pasado hubo varios instrumentos para medir la calidad de vida, pero ninguno era completo y

completo para medir los componentes de las diferentes dimensiones de la CVRS, pero posteriormente se hizo esfuerzo en que estas pruebas sean validadas con la mejorar del conocimiento del trabajo de expertos en el tema de salud y el desarrollo de la fiabilidad estadística. La primera encuesta documentada por un médico fue el índice funcional de Karnofsky (Karnofsky y Burchenal 1949), que fue aplicado para medir la capacidad física.

En 1976, Katz y Akpom, caracterizan el Activities Daily Living (ADL) Index que mensura las actividades socio biológicas de la vida cotidiana.

En 2018, Fitzpatrick, afirma que el concepto de calidad de vida surgió como comprensión de las Intervenciones terapéuticas y sobrevivencia al cáncer por pérdida de capacidad física, sumado al estilo de vida experimentado por muchas personas diagnosticadas con cáncer. La calidad de vida es un amplio concepto multidimensional, construcción que incluye la auto evaluación de los participantes del estado de ánimo, recursos de afrontamiento y autoestima, más aspectos emocionales, sociales, sexuales, cognitiva y de funcionalidad física. (Fitzpatrick T, 2018)

Rautalin M et al, (2018), asevera que el pronóstico del cáncer de mama ha mejorado significativamente durante las últimas décadas, y se ha aumentado el interés en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Investigó las puntuaciones producidas por diferentes instrumentos y asoció diversos estadios de cáncer de mama mediante el estudio de la asociación de los síntomas relacionados. Con un estudio de diseño observacional y transversal en pacientes con cáncer de mama tratados en el distrito hospitalario de Helsinki y Uusimaa desde septiembre de 2009 hasta abril de 2011. Un total de 840 pacientes completaron tres cuestionarios de CVRS: el EQ-5D-3L (incluidos VAS), 15D y EORTC QLQ-30 y un cuestionario sobre factores sociodemográficos. Encontró que las puntuaciones de CVRS fueron las mejores en el momento más cercano al diagnóstico y se deterioraron con la progresión de la enfermedad. El EQ-5D tuvo un efecto techo pronunciado con el 40.8% de los encuestados con una puntuación de 1 (salud perfecta) en comparación con el 6% para la 15D y el 5.6% para la EVA. En los análisis de regresión, el dolor, la fatiga y las dificultades financieras fueron los predictores más importantes de una menor CVRS. La 15D mostró mejor poder discriminatorio y validez de contenido. El funcionamiento de EORTC QLQ-C30 se deterioró en los estados avanzados de la enfermedad, el

funcionamiento físico, social y de rol los más afectados. El insomnio, la fatiga y el dolor fueron los síntomas más comúnmente reportados en todos los grupos. Concluye que los diferentes instrumentos de CVRS producen notablemente diferentes puntuaciones de CVRS. El dolor y la fatiga son los síntomas más comunes asociados con una mala CVRS en todos los estados de enfermedad. (Rautalin et al., 2018)

El cuestionario de salud SF-36

Es un instrumento global de mensuración de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), que tiene 36 preguntas construida y organizada por Ware et al, en la década de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993). Los resultados del SF-36 muestra el perfil del estado de salud y sirve para población con patologías y población aparentemente sana (Ware JE, Jr. SF-36 Health Survey Update, 2004), es útil y confiable para la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. (D. J. Smith, Huntington, & Sloan, 2006)

El cuestionario aborda 8 aspectos o áreas de la CVRS que son conceptos de salud frecuentemente usados por los profesionales de salud, aspectos relacionados con la morbilidad, su tratamiento y recuperación. Las dimensiones evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Además, tiene una pregunta de transición de la enfermedad respecto al año anterior, no incluida en los 8 aspectos que caracteriza la CVRS. El SF-36 califica las 8 dimensiones de mayor a menor el estado de salud, con una escala en rango 0 a 100, donde el primero es muy mala condición de salud y 100 muy buen estado de salud, y puede resumirse calificando las dimensiones mental y física, mediante una ponderación sumativa de todas las dimensiones. (Ware et al. 1994)

El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y puede ser auto administrado, por entrevista personal o telefónica (Arostegui I, 2008). Tiene ocho dimensiones principales del cuestionario de salud SF-36, que a continuación se detalla:

- 1) Función física: mide la falta de salud limitada por actividades físicas cotidianas, como caminar, el cuidado individual, subir escaleras, coger objetos o llevar peso, y para ejecutar esfuerzos moderados e intensos.

- 2) Rol físico: mensura la carencia de salud que dificulta el trabajo el trabajo y otras acciones cotidianas, que permite medir el menor rendimiento al que la paciente desearía, por las limitaciones que mide frente a las actividades que realizaba.
- 3) Dolor corporal: Mide la presencia de dolor y su intensidad, su consecuencia al trabajar y en las actividades de casa.
- 4) Salud general: Calificación individual del estado de salud, que aborda la condición al momento de la encuesta y sus perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- 5) Vitalidad: Sensación de energía y bienestar, frente al agotamiento y falta de ánimo.
- 6) Función social: Mide la afectación en la vida cotidiana social como consecuencia de afectación física y emocional derivados de la falta de salud por padecer el cáncer de mama.
- 7) Rol emocional: Mensura el área emocional y su afectación en el trabajo y la disminución de tiempo, esmero y rendimiento en actividades cotidianas laborales.
- 8) Salud mental: Calificación de la salud mental global, toma en cuenta el autocontrol, bienestar general, ansiedad y depresión.

De la escala para la medición del dolor

Para la escala de medición del dolor (Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011), se diseñó una escala práctica de tipo Likert para medir el dolor en consulta externa de pacientes con cáncer de mama para Lima Metropolitana, que fue validada por profesionales médicos y validada antes de realizar el estudio. La escala tiene 10 preguntas: grado de dolor, dolor al movilizar el brazo, dolor al agarrar objetos, dolor en la noche cuando se encuentra en cama, dolor cuando descansa en el día, dolor al cargar objetos, dolor al hacer ejercicios, dolor en el trabajo cotidiano, dolor en las actividades de casa y rigidez del brazo al final del día. La encuesta para ser aplicada deberá tener un análisis de fiabilidad con un Alfa de Cronbach ≥ 0.8 .

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Es un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico en pacientes tratados con cáncer de mama, entre el 1 de enero 2018 – diciembre de 2018, para medir la calidad de vida relacionada a la salud, según estadiaje y tratamiento.

3.2. Unidad de análisis

Son las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2018.

3.3. Población del estudio

Pacientes con cáncer de mama que se atendieron en el INEN en el 2018 cuyo número se obtuvo por el histórico promedio de los últimos cinco años.

3.4. Tamaño de la Muestra

El universo fue de 2225 mujeres con cáncer de mama atendidas en el 2018 en el INEN.

Se calculó con la fórmula para población finita, con ajuste de población con afijación proporcional, se utilizó:

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

Z	1.96
p	0.5
q	0.5
e	0.05
N	Población
n	Muestra

Donde $p=0.5$. Valor con el cual se obtiene la muestra máxima, con un error tolerable de 0.05 y una confiabilidad del 95% y una población estimada de 2225 mujeres con cáncer de mama.

Se obtuvo una muestra de 328 mujeres con cáncer de mama, se consideró una pérdida de muestra del 10 % (33), la muestra final calculada fue de 361 mujeres con cáncer de mama.

3.5. Selección de la Muestra

La muestra fue seleccionada al azar, con un muestreo aleatorio simple, en los días de consulta externa de Mamas y Tejidos Blandos del INEN (lunes, miércoles y viernes).

De la selección de pacientes para la encuesta de calidad de vida

El día elegido al azar se revisó la lista de las pacientes citadas por para cáncer de mama y fueron encuestadas todas las que asistieron en el turno y que firmaron el consentimiento informado, se colectó una muestra equiprobabilística.

Unidad de Información

La unidad de información fue de fuente primaria, paciente con cáncer de mama, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Criterios de inclusión

Pacientes adultas \geq de 18 años, con diagnóstico de Cáncer de Mama que acuden a la consulta externa por Cáncer de Mama y Tejidos blandos en el INEN

Mujeres con cáncer de mama en estadio clínico I, II y III según criterios de la American Joint Committee on Cancer Staging (AJCC) con cirugía como tratamiento de inicio.

Casos que recibieron tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia, tratamiento anti hormonal y terapia biológica.

Mujeres con diagnóstico de carcinoma mamario, carcinoma mamario in situ, estadio clínico I, II y III según AJCC con cirugía como tratamiento de inicio y sin compromiso ganglionar.

Casos con cáncer de mama en estadio clínico I, II y III según AJCC con cirugía como tratamiento de inicio y con compromiso ganglionar.

Casos con cirugía como tratamiento de inicio de cáncer de mama y sin disección axilar.

Mujeres con enfermedad localmente avanzada operable con quimioterapia neoadyuvante como tratamiento de inicio.

Mujeres con enfermedad localmente avanzada inoperable con quimioterapia neoadyuvante como tratamiento de inicio.

Mujeres con enfermedad en estadio clínico I, II o III según AJCC con hormonoterapia neoadyuvante como tratamiento de inicio.

Mujeres con enfermedad en estadio clínico I, II o III según AJCC con radioterapia neoadyuvante como tratamiento de inicio.

Mujeres con enfermedad en estadio IV según AJCC al diagnóstico.

Mujeres con enfermedad en estadio clínico I, II y III según AJCC y recurrencia del cáncer de mama.

Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama no metastásico, clasificación según fenotipos determinados por un panel de inmunohistoquímica de receptores de estrógeno (RE), receptores de progesterona (RP) y HER2.

Criterios de exclusión

Mujeres con cáncer mamario sin estadio diagnóstico.

Casos de mujeres con cáncer de mama bilateral.

Pacientes tratadas por cáncer de mama que no deseen participar del estudio.

Casos con cáncer de mama que no firmaron el consentimiento informado.

3.6. Técnica e Instrumentos de recolección de datos

A continuación, se detalla los pasos que se realizaron:

- 1) Se revisó que cumplan los criterios de inclusión y criterios de exclusión.
- 2) Se les informó del estudio y se les realizó el proceso del consentimiento informado. Cumpliéndose todos los principios de ética en la investigación con seres humanos.
- 3) Se aplicó la encuesta SF-36 modificada, previamente validada.
- 4) Se hizo el control de calidad de los datos colectados.
- 5) Se registró y codificó los datos de los pacientes con Cáncer de Mama del INEN.

Se identificó a las pacientes tratadas por cáncer de mama que acudieron a consulta del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, y que cumplieran con los criterios de selección. Estas pacientes fueron admitidas para tratamiento quirúrgico, médico o de radioterapia.

A estas pacientes se les aplicó el cuestionario SF- 36 modificado y validado por el presente autor de la tesis. La recolección de los datos se efectuó mediante la técnica de la encuesta, y fue administrado por un profesional de salud capacitado, se trató de evitar el sesgo del encuestador.

Para el SF-36 se le otorgó un valor numérico a cada respuesta según operacionalización de las variables y se computó un resultado para cada esfera evaluada. La información fue transferida a la base de datos diseñada especialmente

para la tesis, se utilizó una escala diseñada para medir el dolor en las pacientes con cáncer de mama, de tipo Likert, para caracterizarlo clínicamente. (Anexo 1-5).

Descripción de los instrumentos

La Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) es un tema complejo y que no es fácil medirla y requiere de cuestionarios según las dimensiones que se conceptúe y operacionalice para caracterizarla y poder comprenderla. Las bondades psicométricas del instrumento, el tipo de diseño de investigación, la adecuación a la cultura de la población y el tipo de evaluación y análisis de los hallazgos son por lo general difícil de estudiarlas con un solo modelo de encuesta. En la investigación se han utilizado dos tipos de encuestas para mensurar como impacta en la calidad de vida, el Cuestionario de Salud SF-36 y la escala para medir el dolor, aplicado mediante una entrevista personal.

Descripción del Cuestionario de Salud SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 ha sido frecuentemente usado, validado y traducido en el campo de la medición de la calidad de vida en personas que tienen algún problema de salud, su característica relevante es su diseño para evaluar calidad de vida, mediante constructos detecta los estados de salud tanto positivos como negativos y explora la salud física y mental. También se incluye variables sociodemográficas: edad, sexo, ocupación y estado civil.

Esta herramienta fue diseñada para mensurar los resultados médicos por el Medical Outcomes Study (MOS). Consta de 36 preguntas y 8 escenarios de medición de la condición de salud que explora la capacidad física, su desempeño social, las limitaciones en su función física, emocional, mental, la vitalidad, el dolor y la percepción de la salud general y los cambios que tiene en los últimos 12 meses.

El cuestionario tiene preguntas que se califican de 0 a 100, y no todas las preguntas tienen el mismo valor, lo que hace que las respuestas sean ponderadas en el análisis para la calificación final del escenario o dimensión de la calidad de vida, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Las respuestas permiten evaluar la sensibilidad de capturar estados positivos y negativos de la salud, es útil para la población general y en pacientes con patología específica como el cáncer

de mama. El SF-36 contiene 36 preguntas que exploran 8 dimensiones, categorías o atributos de la calidad de vida (Anexo 1).

El SF-36 es una herramienta que puede permitir evaluar a la población con cáncer de mama y definir políticas de salud para la aplicación hospitalaria, regional o nacional (Ware. J. E., 2000).

Categorías de la Calidad de Vida según el SF-36

Categoría	Descripción
Función física	Cuantifica la falta de salud en las actividades físicas cotidianas, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Mensura la carencia de salud que dificulta el trabajo el trabajo y otras acciones cotidianas, que permite medir el menor rendimiento al que la paciente desearía, por las limitaciones que mide frente a las actividades que realizaba
Dolor corporal	Mide la presencia de dolor y su intensidad, su consecuencia al trabajar y en las actividades de casa.
Salud general	Calificación individual del estado de salud, que aborda la condición al momento de la encuesta y sus perspectivas futuras y la resistencia a enfermarse,
Vitalidad	Mide la sensación de energía y bienestar, frente al agotamiento y falta de ánimo,
Función social	Mide la afectación en la vida cotidiana social como consecuencia de afectación física y emocional derivados de la falta de salud por padecer el cáncer de mama
Rol emocional	Mensura el área emocional y su afectación en el trabajo y la disminución de tiempo, esmero y rendimiento en actividades cotidianas laborales.
Salud mental	Calificación de la salud mental global, toma en cuenta el autocontrol, bienestar general, ansiedad y depresión.

Utilización del Instrumento

Personal entrenado aplicó el cuestionario, utilizó como instrumentos a los celulares y tabletas como soporte informático para completar el llenado con las respuestas que la paciente elegía.

De la asignación de puntaje

Para la tesis se utilizó la siguiente forma de calificación, en la asignación de puntaje, fue según el Enfoque Rand, donde se transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo, pregunta de 3 categorías la puntuación fue 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntuaron 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de cada pregunta de una misma categoría o dimensión se promediaron para mensurar los puntajes de las 8 escalas o dimensiones que se calificó en general de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.

Para la medición final de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se decidió calificar las puntuaciones de un modo práctico, para facilitar la comprensión o entendimiento de como impacta el cáncer de mama a la mujer, el establecer puntuaciones con sus calificaciones; debido a que las medias de los puntajes son ponderadas, según el número de preguntas y según dimensión, se clasificó en: mayor de 80 afectación leve, entre 50-80 moderado, y menos de 50 puntos afectación severa.

Procedimiento de comprobación de validez y confiabilidad de los instrumentos

La encuesta SF-36 fue validada para su uso en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Se consultó a dos subespecialistas mastólogos, un experto en terapia de dolor y un anesthesiólogo. Se realizó una prueba piloto para comprobar la validez y confiabilidad de la Hoja de Recolección de Datos de esta tesis, el cual fue diseñado en Epi Info 7, y se utilizó celulares y tabletas para la colección de data.

La SF 36, tuvo validación lingüística y con una prueba de fiabilidad de 0.894 (Alfa de Cronbach). La encuesta se realizó en un promedio de 15 minutos.

Para las respuestas a cada pregunta se codificaron a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). En la población de estudio las dimensiones de la Escala SF 36 fueron fiables y demostraron buena consistencia interna: Salud General (Alfa de Cronbach 0.645), Función Física (Alfa de Cronbach 0.871), Rol Físico (Alfa de Cronbach 0.871), Función Social (Alfa de Cronbach 0.661), Dolor Corporal (Alfa de Cronbach 0.748),

Vitalidad (Alfa de Cronbach 0.769), Rol Emocional (Alfa de Cronbach 0.871) y Salud Mental (Alfa de Cronbach 0.817).

De la escala para medir el dolor (Hawker et al., 2011): se diseñó una escala práctica de tipo Likert para medir el dolor en consulta externa de pacientes con cáncer de mama para Lima Metropolitana (Escala Lima), que fue validada por profesionales médicos antes de realizar el estudio. Esta escala se realizó como complementaria sobre los conocimientos del dolor percibido en las pacientes con cáncer de mama del INEN. Especifica el dolor en el ambiente habitual, relacionado a sus actividades diarias, al finalizar el día y al momento de dormir. Los criterios para validarla fueron: consulta a expertos, utilización de criterios de Moriyama y test de fiabilidad. En la consulta a expertos participaron dos mastólogos y 3 médicos especialistas en tratamiento paliativo. Se les presentó la escala con preguntas tipo Likert, con 10 preguntas: grado de dolor, dolor al movilizar el brazo, dolor al agarrar objetos, dolor en la noche cuando se encuentra en cama, dolor cuando descansa en el día, dolor al cargar objetos, dolor al hacer ejercicios, dolor al trabajar en lo cotidiano o habitual, dolor en las actividades de la casa o el hogar y rigidez del brazo al final del día. Cada pregunta tuvo una puntuación de 0 (ausencia de dolor) y 5 (Demasiado dolor). La puntuación 1 y 2 corresponden a dolor leve, 3 a dolor moderado, 4 y 5 a dolor severo. La encuesta tuvo un análisis de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.931.

3.7. Análisis e interpretación de la información

Los datos se agruparon según frecuencias, medidas de resumen y medidas de dispersión: porcentajes, medias y desviación estándar.

Se construyó la distribución de frecuencias en cuadros de doble entrada con sus valores absolutos y relativos. Esto se expresa también en los Figuras que relacionan a las dimensiones planteadas de la calidad de vida por el Cuestionario SF- 36.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico Epi Info 7, Graph Pad 7 y Stata V.14.0

Para los datos cumplieron con criterios de normalidad y homocedasticidad, se realizó un análisis bivariado según edad y sexo, se estableció diferencias en los diferentes factores relacionados de la calidad de vida, a través de la prueba del Chi Cuadrado o test de Fisher.

Para comparar el comportamiento de las variables en estudio con respecto a las dimensiones o áreas funcionales de las encuestas de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama se usó la Prueba de Kruskal-Wallis.

3.8. Aspectos Éticos

El estudio tuvo aprobación del Comité Revisor de Protocolos del Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, con carta N° 056-2017-CRP-DI-DICON/INEN, de fecha 02 de agosto de 2017 (Anexo 3).

Se aplicó el consentimiento informado previo a la encuesta, en los pacientes que aceptaron participar (Anexo 4).

A los encuestadores se les hizo firmar el código ético de los encuestadores para mantener confidencialidad de la información colectada en relación con participación en la investigación en cáncer de mama. Incluso a mantener la confidencialidad de la información aún después de realizar sus funciones, compromiso de no alterar ni eliminar ningún ítem de la encuesta electrónica, así como a no añadir ninguno adicional, y velar por la calidad de la data colectada según lo capacitado para el estudio. Además, se comprometió a no utilizar para otros fines la encuesta diseñada del estudio, salvo que exista autorización expresa del autor y de un comité de ética en investigación. Y a no suministrar a persona alguna que solicite datos de las pacientes, informes, material de cualquier tipo o herramientas informáticas, sin permiso expreso del autor y/o comité de ética. Respeto a la voluntad del encuestado para participar en el estudio (Anexo 5).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. 1. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Las características sociodemográficas de la paciente con cáncer de mama atendidas en el INEN en el año 2018 se detallan en la tabla 1.

Cuadro 1.
Características sociodemográficas, tipo de atención según financiamiento y estadio clínico de la paciente con cáncer de mama

Características		n	%
Grupo etario	[20 - 29]	10	3,0
	[30 - 39]	32	9,8
	[40 - 49]	104	31,7
	[50 - 59]	97	29,6
	[60 - 69]	59	18,0
	[70 - 79]	23	7,0
	[80 - 89]	3	0,9
	Total	328	100,0
Estado Civil	Soltera	119	36,3
	Casada	167	50,9

	Divorciada	19	5.8
	Viuda	23	7.0
	Total	328	100.0
Grado de instrucción	Analfabeto	7	2.1
	Primaria	65	19.8
	Secundaria	157	47.9
	Superior	99	30.2
	Total	328	100.0
Etnia	Indígena	5	1.5
	Mestiza	302	92.1
	Blanca	20	6.1
	Negra	1	0.3
	Total	328	100.0
Religión	Católica	255	77.7
	Protestante	69	21.0
	No tiene religión	3	0.9
	Budista	1	0.3
	Total	328	100.0
Estadio	0	15	4.6
	I	19	5.8
	II	146	44.5
	III	128	39.0
	IV	20	6.1
	Total	328	100.0
Tipo de atención según Financiamiento	SIS	56	17.1
	EsSALUD	40	12.2
	Hospitalar	17	5.2
	FISSAL	215	65.5
	Total	328	100.0

Fuente. Elaboración propia.

Interpretación: Predomina el estado civil casada con 50.9 % (167), el grado de instrucción secundaria 47.9 % (157), la etnia mestiza 92.1 % (302), la religión católica 77.7 % (255), el estadio de cáncer de mama tipo II 44.5 %

(146), el tipo de atención financiado por el FISSAL (Fondo Intangible Solidario de Salud) 65.5 % (215).

Las medidas de tendencia central y de resumen en pacientes con cáncer de mama del INEN en el año 2018 se detallan en la tabla 2.

Cuadro 2.

Medidas de tendencia central y de resumen en pacientes con cáncer de mama

	Media	Desviación estándar	Varianza	Mínimo	Máximo	Percentiles			Moda
						25	50	75	
Edad (años)	52.9	11.7	136.9	23	88	45.0	52.0	61.0	47
Tiempo Enfermedad (meses)	43.1	58.7	3441.3	1	442	8.0	18.0	52.0	12

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: La media de la edad de pacientes con cáncer de mama fue 52.9 años, con una mediana de 52 años, un rango de edades entre 23 – 88 años. La media de enfermedad en meses fue 43.1.

A continuación, se detalla la procedencia de pacientes atendidas en consulta externa de Mama y Tejidos Blandos del INEN en el año 2018 y se detallan en la tabla 3.

Cuadro 3.***Procedencia de pacientes atendidas en consulta externa de Mama
y Tejidos Blandos***

Procedencia	N	%	% acumulado
Amazonas	7	2.1	2.1
Ancash	25	7.6	9.8
Apurímac	4	1.2	11.0
Arequipa	2	0.6	11.6
Ayacucho	9	2.7	14.3
Cajamarca	15	4.6	18.9
Callao	11	3.4	22.3
Chiclayo	2	0.6	22.9
Cuzco	10	3.0	25.9
Huancavelica	5	1.5	27.4
Huánuco	7	2.1	29.6
Ica	13	4.0	33.5
Junín	16	4.9	38.4
La Libertad	4	1.2	39.6
Lambayeque	17	5.2	44.8
Lima	114	34.8	79.6
Lima Provincia	14	4.3	83.8
Loreto	4	1.2	85.1
Madre de Dios	1	0.3	85.4
Pasco	4	1.2	86.6
Piura	30	9.1	95.7
Pucallpa	1	0.3	96.0
Puno	2	0.6	96.6
San Martín	8	2.4	99.1
Tacna	1	0.3	99.4
Tumbes	1	0.3	99.7
Ucayali	1	0.3	100.0
Total	328	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: La procedencia de las pacientes atendidas fueron principalmente de Lima 34.8 % (114), Piura 9.1 % (30), y Ancash 7.6 % (25).

Las pacientes atendidas en consulta externa de Mama y Tejidos Blandos según regiones del Perú se presentan en la tabla 4.

Cuadro 4.

Pacientes atendidas en consulta externa de Mama y Tejidos Blandos según regiones del Perú

Estadio	Región						Total	
	Costa		Sierra		Selva			
	n	%	n	%	N	%	n	%
0	12	5.2	3	3.9	0	0.0	15	4.6
I	17	7.4	1	1.3	1	4.8	19	5.8
II	95	41.3	41	53.2	10	47.6	146	44.5
III	94	40.9	27	35.1	7	33.3	128	39.0
IV	12	5.2	5	6.5	3	14.3	20	6.1
Total	230	70.1	77	23.5	21	6.4	328	100

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: El 70.1% (230) fue de procedencia costeña y los estadios clínicos más frecuentes de cáncer de mama fueron del II 44.5% (146) y III 39.0% (128). No se encontró diferencia estadística significativa entre el estadio y la región de procedencia (test de ji-cuadrado de tendencia lineal).

De 328 pacientes con cáncer de mama 288 (87.8 %) tuvieron dolor. La media de días con dolor en el mes fue 19.0 días. La media de dolor por día fue 5.4 horas y la mediana 28.5 horas. Según el grado de dolor calificado, tuvieron demasiado dolor el 9.4 %, demasiado dolor al movilizar el brazo un 12.2 %, demasiado dolor al agarrar objetos y cuando se encuentra en cama en un 8 % (23), demasiado dolor cuando descansa en el día 3.5 %

(10), demasiado dolor al cargar objetos 16.0 % (46), demasiado dolor al hacer ejercicios 9.7 % (28), dolor en el trabajo cotidiano y cuando realiza actividades en el hogar un 8.7 % (25), califica como demasiado dolor con rigidez al final del día 10.1 % (29).

El dolor y sus características en estas mujeres con cáncer de mama del INEN en el año 2018 se precisa en la tabla 5.

Cuadro 5.

Características del dolor en pacientes con cáncer de mama

		n	%
Acostumbrada a vivir con dolor	Si	83	28.8
	No	205	71.2
	Total	288	100.0
Dolor Esporádico (de vez en cuando)	Si	31	10.8
	No	257	89.2
	Total	288	100.0
Horas de dolor en la región de la mama o brazo en 24 horas	Hasta 1 hora	80	27.8
	2 - 6 horas	126	43.8
	6 - 12 horas	39	13.5
	12 - 18 horas	14	4.9
	18 - 24 horas	29	10.1
	Total	288	100.0
Días con dolor	1 - 7 días	62	21.5
	7 - 14 días	14	4.9
	14 - 21 días	32	11.1
	21 - 30	180	62.5
	Total	288	100.0
Total		288	100.0

Fuente. Elaboración propia. n = 288 pacientes con dolor.

Interpretación: Dolor por más de 12 horas tuvieron el 15% de pacientes y el dolor por más de 7 días al mes fue en el 78.5%.

El cáncer de mama impactó en la calidad de vida de todas las pacientes y en las 8 dimensiones de su medición. El puntaje promedio más bajo indica la dimensión más afectada y las dos más frecuentes halladas según el estadio fueron (media \pm desviación estándar): estadio 0 el rol emocional (60 \pm 37.4) y rol físico (51.6 \pm 41.6), estadio I rol emocional (42.1 \pm 40.8) y rol físico (42.1 \pm 41.7). Los estadios II, III y IV presentaron la dimensión más afectada al rol físico con 39.7 \pm 32.9, 34.3 \pm 31.6, y 20.0 \pm 18.9 respectivamente, y en segundo lugar el rol emocional con 57.0 \pm 44.1, 52.8 \pm 44.5, 33.3 \pm 31.8 subsecuentemente para cada estadio. Figura 1 y tabla 8.

Se presenta una figura global que representa la media y desviación estándar según dimensiones de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama del INEN en el año 2018.

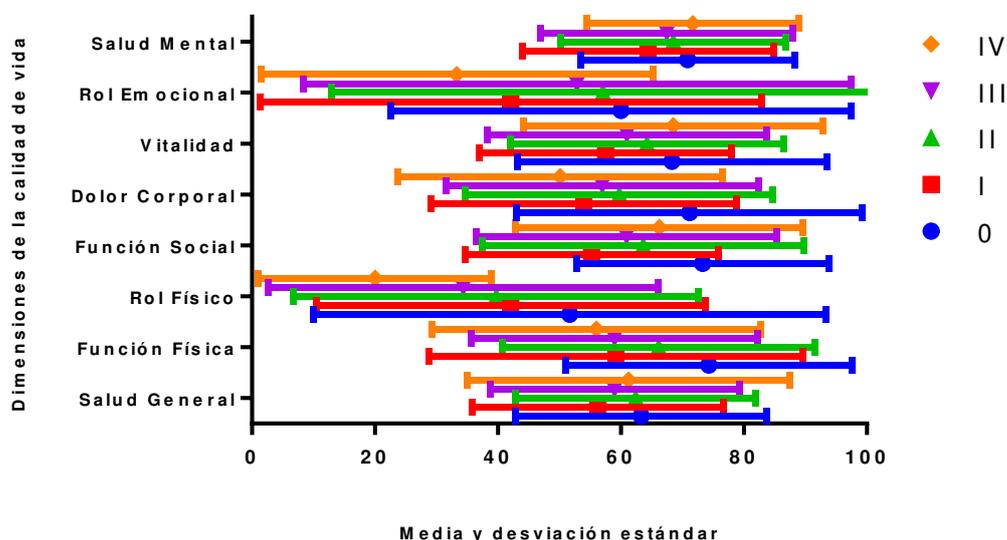


Figura 1.

Media de puntaje y desviación estándar según dimensiones de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama

Fuente. Elaboración propia

Para determinar la calidad de vida según el estadio se aplicó el análisis bivariado tuvieron diferencias significativas en la dimensión Función Física entre los diferentes estadios clínicos (p valor 0.017, Prueba de Kruskal – Wallis), los resultados se muestran en la tabla 6.

Cuadro 6.

Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Prueba de Kruskal–Wallis

Dimensión	Estadio	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Prueba de Kruskal-Wallis
Salud General	0	15	63.333	20.4397	18.8	93.8	0.536
	I	19	56.250	20.4124	25.0	100.0	
	II	146	62.414	19.5033	12.5	100.0	
	III	128	58.984	20.2827	0.0	100.0	
	IV	20	61.250	26.2516	18.8	100.0	
Función Física	0	15	74.333	23.2891	15.0	100.0	0.017
	I	19	59.211	30.3344	0.0	100.0	
	II	146	66.130	25.3987	0.0	100.0	
	III	128	58.946	23.3546	0.0	100.0	
	IV	20	56.000	26.6853	15.0	100.0	
Rol Físico	0	15	51.667	41.6905	0.0	100.0	0.191
	I	19	42.105	31.7105	0.0	100.0	
	II	146	39.726	32.9185	0.0	100.0	
	III	128	34.375	31.6838	0.0	100.0	
	IV	20	20.000	18.9122	0.0	100.0	
Función Social	0	15	73.333	20.5215	25.0	100.0	0.168
	I	19	55.263	20.5463	12.5	87.5	
	II	146	63.613	26.1758	0.0	100.0	
	III	128	60.938	24.5029	12.5	100.0	

	IV	20	66.250	23.3326	37.5	100.0	
Dolor Corporal	0	15	71.167	28.0762	10.0	100.0	0.119
	I	19	53.947	24.8092	10.0	100.0	
	II	146	59.743	24.9771	10.0	100.0	
	III	128	56.992	25.4456	10.0	100.0	
	IV	20	50.125	26.4261	10.0	100.0	
Vitalidad	0	15	68.333	25.1819	28.3	100.0	0.267
	I	19	57.544	20.4982	8.3	93.3	
	II	146	64.224	22.2664	0.0	100.0	
	III	128	60.951	22.6857	15.0	100.0	
	IV	20	68.500	24.4405	30.0	100.0	
Rol Emocional	0	15	60.000	37.4760	0.0	100.0	0.216
	I	19	42.105	40.8061	0.0	100.0	
	II	146	57.078	44.1104	0.0	100.0	
	III	128	52.865	44.5699	0.0	100.0	
	IV	20	33.333	31.8854	0.0	100.0	
Salud Mental	0	15	70.8667	17.45143	34.00	96.00	0.809
	I	19	64.4211	20.46220	5.00	100.00	
	II	146	68.5342	18.27007	16.00	100.00	
	III	128	67.4453	20.59654	0.00	100.00	
	IV	20	71.7000	17.28431	42.00	100.00	

Fuente. Elaboración propia.

Interpretación: Para determinar la calidad de vida según el estadio se aplicó el análisis bivariado tuvieron diferencias significativas en la dimensión Función Física entre los diferentes estadios clínicos (p valor 0.017, Prueba de Kruskal – Wallis), los resultados se muestran en la tabla 6.

El puntaje de calidad de vida obtenidos se muestra en el Figura 2.

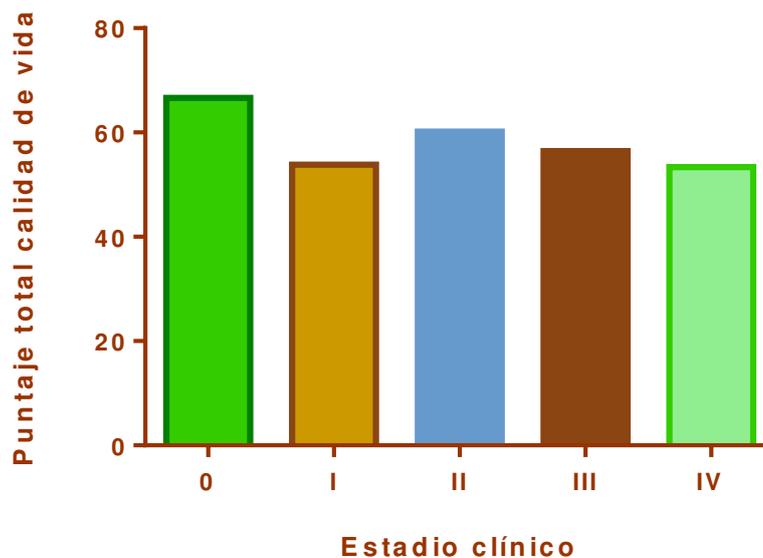


Figura 2.

Puntaje de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama

Fuente. Elaboración propia.

Interpretación: De un puntaje máximo de 100 (calidad de vida completa o total), las medias de puntaje de calidad de vida por todas las 8 dimensiones en las pacientes con cáncer de mama fueron: estadio cero (EC-0) 66.6, estadio I (EC-I) 53.9, estadio II (EC-II) 60.2 y estadio III (EC-III) 56.4, y estadio IV (EC-IV) 53.4. El cáncer de mama quitó o secuestró calidad de vida en pacientes con cáncer de mama entre 33.4% - 46.6%: EC-0 33.4%, EC-I 46.1%, EC-II 39.8%, EC-III 43.6%, y EC-IV 46.6%.

Se aplicó la prueba de Spearman para analizar las correlaciones entre las dimensiones del SF y las características personales, los datos se presentan en la tabla 7.

Cuadro 7.**Correlaciones de Spearman Significativas ($p < 0.05$) por dimensiones en las pacientes con cáncer de mama**

	Dimensiones de la encuesta SF 36							
	Salud General	Función Física	Rol Físico	Función Social	Dolor Corporal	Vitalidad	Rol Emocional	Salud Mental
Edad (general)	-	-	-	-	0.128	-	-	-
Fatiga	0.121	0.277	0.268	0.256	0.229	0.227	0.138	0.229
Edad (según estadio)								
0	-	-	-	0.545	-	-	-	-
I	-	-	-	-	-	-	-	-
II	-	-	-	-	-	-	-	-
III	-	-	-	-	-	-	-	-
IV	-	-	-	-	-	-	0.582	-

Fuente. Elaboración propia

Interpretación: La Fatiga está débilmente relacionada con 5 de las 8 dimensiones de la calidad de vida; Función Física, Rol físico, Dolor Corporal, Vitalidad y Salud Mental.

Respecto al tipo de tratamiento según el estadio, los resultados se muestran en la tabla 10. Se aplicó la prueba Chi cuadrado, con IC 95% y con p valor bilateral < 0.05 .

El estadio clínico 0 (cáncer de mama local) presentó una fuerte correlación (0.545) con afectación de la función social; disminución del esmero en el trabajo y mayor interferencia en horas de trabajo, en la vida social habitual. Y el estadio clínico 4 (cáncer de mama invasivo) tuvo una fuerte correlación en la dimensión de rol emocional (0.582); presentaron más desánimo, disminución de la valoración de la situación de salud actual y futura.

Al seleccionar las pacientes con metástasis de los EC II – IV (294), los puntajes totales del SF 36 fueron (promedio \pm desviación estándar) para el dolor corporal 57.8 ± 25.3 , función física 36.1 ± 40.9 , vitalidad 63.1 ± 22.6 ,

y en salud general 60.8 ± 20.3 . Se observó más afectación en la función física.

Cuadro 8. Tipos de tratamiento según estadio clínico

Estadio	n	Quimioterapia	Hormonal	Radioterapia	Biológica	Quimioterapia y Radioterapia	Cirugía	Tipo de mastectomía	
								Lumpectomía	Radical
0	15	13	5	6	0	7	14	14	0
I	19	10	5	9	0	9	19	19	0
II	146	120	40	54	37	10	120	35	75
III	128	101	18	71	30	99	125	46	79
IV	20	16	0	16	0	11	9	0	9

Fuente. Elaboración propia. p-valor bilateral < 0.0001 (Chi-cuadrado)

Interpretación: Existen diferencias significativas en cada estadio clínico cuando se comparan los diferentes tipos de tratamiento recibidos según estadio clínico: tratamiento quimioterápico, hormonal, terapia biológica, quimioterapia, cirugía conservadora (lumpectomía) y cirugía radical (Prueba Chi cuadrado, p valor bilateral < 0.0001).

4.2. Pruebas de hipótesis

Se encontró con la prueba de Kruskal – Wallis en el análisis de las 8 dimensiones de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, sólo diferencia estadística significativa para la dimensión de función física p-valor 0.017.

Se analizó a través de la prueba de correlación de Spearman las significancias (p < 0.05) según dimensiones de la calidad en las pacientes con cáncer de mama: Se

encontró que la fatiga es un predictor de varias dimensiones de la calidad y tuvo correlación positiva débil con la función física 0.277, rol físico 0.268, función social 0.256, dolor corporal 0.229, y vitalidad 0.227. Las mujeres en estadio 0 tuvieron afectada la función social con un coeficiente de correlación positivo moderado de Spearman de 0.545, lo que indica que existe “frustración social”. En el estadio IV se encontró un coeficiente de correlación positiva moderada de Spearman de 0.582 en el rol emocional, tuvieron un nivel moderado de afectación de las emociones o “conflicto de emociones”.

4.3. Presentación de resultados

La media de edad de la muestra de 328 pacientes con cáncer de mama del instituto especializado oncológico u hospital nivel III-2 fue 52.8 años y con una desviación estándar de 11.7 años, datos similares al estudio de Enien Mona, et al. (2018) en Egipto, que tuvo una media 50.3 ± 8.5 años, a partir de una muestra de 172 mujeres con cáncer de mama en un centro oncológico clínico. Para el estudio Daniel Sat-Muñoz et al, (2011) en México realizado en 314 mujeres, la edad promedio fue 52.23 (± 10.55) años, pacientes 17 (5.4%) se encontraban en EC I, 29.9% (94) en EC II, 32.2% (101) en EC III y 15% (47) en EC IV. En el estudio realizado en el INEN se encontró EC 0 al 4.6% (15), EC I 5.8% (19), EC II 44.5% (146), EC III 39.0% (128), EC IV 6.1% (20); y se observa que predomina el cáncer avanzado (Sat-Muoz et al., 2011).

Para Ali M et al. la edad se correlacionó moderadamente con la función física, se encontró una asociación negativa moderada entre la edad y la función física (PF) ($r = -0.235$, $p = 0.01$), mientras que para Pereira et al. hubo una leve asociación positiva entre la edad y la energía vital ($r = 0.198$, $p = 0.04$) (Pereira J, Silva S, Pereira L, Paludetto K, 2013). En nuestro estudio se encontró fuerte correlación entre la edad y la función social. El 87.8 % de las pacientes tuvieron dolor, superior a lo hallado por Costa W et al. con 71.8 % en el hospital de referencia oncológico del noreste de Brasil, realizado entre julio de 2014 y abril de 2015. El dolor crónico en pacientes por cáncer de mama fue una condición frecuentemente encontrada y fue usual que aparezca post mastectomía y debido su alta prevalencia está recibe un creciente interés para

investigarla en los últimos años (Tait et al., 2018). En el estudio de Khan F et al, (2018); realizado en India con 120 pacientes con cáncer de mama, se encontró que de todos los grupos o conglomerado de sintomatología, el dolor fue el principal síntoma con 76.8 %. (Khan, Ahmad, & Biswas, 2018). En el estudio de Nho J et al, en Korea (2018), realizado en 281 mujeres con cáncer de mama, se encontró una prevalencia de dolor en el 73.0 % de pacientes. (Nho, Kim, Park, & Kweon, 2018)

Nuestros resultados muestran un porcentaje de pacientes con dolor de 87.8 %, lo cual es superior a los datos de otros estudios. De manera análoga difieren de otros estudios en las dimensiones de la calidad de vida donde se obtienen las puntuaciones más bajas, concretamente en el rol físico mientras que otros estudios puntúan peor en la dimensión dolor corporal como parecería obvio, ello indica que estas pacientes tienen más dolor que en otros estudios, sin embargo, su calidad de vida se limita más en otros dominios diferentes del dolor corporal. Probablemente las razones de estas diferencias puedan ser por un tratamiento óptimo de la enfermedad o un tratamiento inoportuno, por lo que se ha observado actualmente en la atención de consulta externa del hospital, estas variables no fueron investigadas en este estudio. Pero, por otro lado, al usar la escala de Dolor en Consulta Externa de Pacientes con Cáncer de Mama para Lima Metropolitana (Escala Lima), esta trata de medir la prevalencia de dolor que presentaría en casa las pacientes con cáncer de mama, que usualmente no son preguntadas con el detalle en la consulta clínica por los especialistas de mamas y tejidos blandos o mastólogos, o especialistas en medicina paliativa.

Los resultados describen claramente dos grupos de pacientes con cáncer de mama, un grupo con dolor y otro sin dolor, pero notablemente diferentes en el impacto que el dolor tiene en su estado de salud, por ello los puntajes más bajos a la encuesta SF 36 fueron aquellas que tuvieron dolor. El dolor en general interviene como una entidad separada y específica de comorbilidad en la mayoría de esta población de mujeres y afecta la calidad de vida. Para muchas pacientes, el dolor crónico comenzó inmediatamente después de la cirugía o temprano en el período de tratamiento postquirúrgico. Este tipo de inicio es bien reconocido por los cirujanos de cáncer de mama (Burckhardt & Jones, 2005) y se están realizando varios esfuerzos para tratar este efecto persistente. Sin embargo, el dolor crónico que comienza más tarde en el período postquirúrgico después de semanas o meses y que la mayoría de las pacientes presenta en este estudio puede ser menos probable de ser reconocido y tratado

agresivamente. En particular, el dolor en estas pacientes tiende a ser diagnosticado sólo después de un largo período de dolor crónico en la consulta externa.

El dolor estuvo inversamente relacionado con la calidad de vida, existen estudios que en la dimensión dolor corporal genera las puntuaciones más bajas como el de Gil M (Gil M, Mosquera M, Martín I, Ramos I, 2009), en nuestro estudio la puntuación más baja se obtuvo en la dimensión Rol Físico.

Las pacientes con cáncer de mama metastásico se vieron más afectadas en la función física con baja puntuación de SF-36 con 36.1, dolor corporal 57.8, vitalidad 63.1, y en salud general 60.8; pero en el estudio de Ahmed A et al, el dolor tuvo la puntuación más baja con 22.9, junto con una función física deficiente de 22.9, poca vitalidad 19.4 y mala salud general con 16.9. (Ahmed et al., 2017). Al existir diferencias significativas en la función física entre los diferentes estadios clínicos (p valor 0.017, Prueba de Kruskal – Wallis), nos permite establecer que esta dimensión debe ser abordada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas integralmente en las pacientes con cáncer de mama, y que necesita profundizarse los estudios de calidad de vida en Función Física según tipo de tratamiento y estadiaje. Lo que nos informa es que al existir diferencias significativas en la función física la respuesta en atención de los servicios oncológicos para función física debe ser fortalecidas.

Una de las comorbilidades más importantes de las pacientes con cáncer de mama es el dolor, este generalmente se correlaciona en forma negativa o inversa para la calidad de vida, en el estudio de Fu M et al, encuentra con puntuaciones bajas de la calidad de vida, y del mismo modo para los dominios de salud, funcionamiento físico, dolor corporal, y vitalidad.(Fu et al., 2015)

Dentro de las preguntas utilizadas con el instrumento validado con alfa de Cronbach 0.931 no encontramos artículos para comparar el dolor al movilizar el brazo, dolor al agarrar objetos, dolor en la noche cuando se encuentra en cama, dolor cuando descansa en el día, dolor al cargar objetos, dolor al hacer ejercicios, dolor en el trabajo habitual, dolor en las actividades del hogar y rigidez del brazo al final del día.

Como limitación no se abordó la relación entre calidad de vida con el ejercicio físico ya que este último influye en las dimensiones de la vitalidad y aspectos sociales. (Castro et al., 2016) Tampoco se analizó la influencia del dolor y la calidad de vida

por tipo de cirugía, por ser en muchas pacientes incapacitante por 6 a 9 meses posterior al tratamiento primario quirúrgico. (Gil M, Mosquera M, Martín I, Ramos I, 2009) No se evaluó la influencia de tratamiento específicos como la radioterapia que está asociada negativamente con la presentación de dolor corporal. (Bajuk & Reich, 2011)

Por los hallazgos encontrados respecto a la elevada prevalencia de dolor y cómo afectaría la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, y por la relevancia clínica de estos resultados, hace necesario sugerir la posibilidad de introducir medidas para mejorar el tratamiento del dolor o apertura de nuevas líneas de investigación del dolor en casa o en actividades de la vida cotidiana. Se debería fortalecer las políticas de cuidados paliativos más cercana al dolor que padece la paciente al estar en su domicilio o en su ambiente de trabajo, o como consecuencia de las actividades cotidianas de la vida.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El cáncer de mama impactó en la calidad de vida de todas las pacientes y en las 8 dimensiones de su medición.

Las pacientes con cáncer de mama tuvieron una media de 52 años (40-50 años), casadas (50.9%), con grado de instrucción secundaria (47.9 %) y el 60.9 % procedían del interior de país.

El estadio clínico 0 obtuvo un puntaje promedio ponderado de calidad de vida de 66.6 de un total de 100, con una fuerte afectación de la función social.

El estadio clínico I y II tuvieron una media ponderada de calidad de vida de 53.9 y 60.2 respectivamente, ambos con afectación del rol físico principalmente.

El estadio clínico III alcanzó un promedio ponderado de 56.4 y con severo daño del rol físico.

El estadio clínico IV tuvo una media ponderada de calidad de vida de 53.4, con severa afectación en el rol emocional y físico.

Nueve de cada diez pacientes con cáncer de mama percibieron dolor durante el mes y el promedio de días con dolor en el mes fue de 19, el dolor moderado en el 53.2 % y severo 23.3 %.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda incrementar la atención por tamizaje de cáncer de mama para encontrar estadios 0 o iniciales sobre todo en los departamentos del interior del país, o para las regiones de la selva y sierra, a través de los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas.

Debe fortalecerse el tratamiento del dolor a través de las unidades de tratamiento paliativo en las pacientes debido a que más de la mitad de las pacientes con cáncer de mama presentó dolor moderado.

Fortalecer la atención por el servicio de psicología para que desarrollen estas pacientes estrategias favorables de afrontamiento temprano en cáncer de mama, y se debe profundizar la investigación; esto ayudará a pacientes del estadio clínico 0 con fuerte afectación de la dimensión de la función social y del estadio clínico IV con severa afectación de la dimensión rol emocional.

Se sugiere que la calidad de vida debe ser incluida como parte de la evaluación integral de la paciente con cáncer de mama del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Debe organizarse con más cobertura la atención en servicios especializados para el tratamiento psicológico emocional, terapia física y de rehabilitación en las mujeres con cáncer de mama del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; ello como consecuencia de las afecciones emocionales y físicas que presenta los resultados de este estudio.

La afectación de la función física en la paciente con cáncer de mama debe ser enfrentada con fortalecimiento de la atención por rehabilitación según tipo de tratamiento y estadiaje.

Se recomienda investigar la fatiga y el dolor como variables principales para desarrollar un instrumento predictivo y de uso rápido para la aplicación clínica, que permita medir fácilmente el nivel de calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama y contribuir a su tratamiento integral o referencia para atención especializada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahams, H. J. G., Smits, L., Lugt, M. de, Roos, W. K. d., Kamm, Y., Heins, M. J., Knoop, H. (2017). Severe fatigue after treatment of ductal carcinoma in situ: A comparison with age-matched breast cancer survivors and healthy controls. *Breast*, 31, 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.10.020>
- Ahmed, A. E., Alharbi, A. G., Alsadhan, M. A., Almuzaini, A. S., Almuzaini, H. S., Ali, Y. Z., & Jazieh, A. R. (2017). The predictors of poor quality of life in a sample of Saudi women with breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy*. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S125206>
- Arostegui I, N.-A. V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147–192. <https://doi.org/10.1109/ICCIT.2009.173>
- Bajuk, L., & Reich, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Facultad de Psicología, Universidad Católica Del Uruguay*, 1–12. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Braña-Marcos, Beatriz; Carrera-Martínez, Diego; Villa-Santoveña, Mónica; Vegas-Pardavilla, Estefanía; Fernández, Sara Avanzas; Corbato, M. T. G. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enferm Clínica.*, 22((2)), 65–75. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862111002245>
- Burckhardt, C. S., & Jones, K. D. (2005). Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-30>.
- Castro, J. L. de, Pires-Miranda, A. K., Farias-Martins-Júnior, F., Araujo-Costa, H., Ferreira-Viana, K. R., Sevilio-de-Oliveira, M. N., ... Garcia, J. B. S. (2016). Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 38(2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2015.11.008>
- Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal

- study. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Christophe, V., Duprez, C., Congard, A., Antoine, P., Lesur, A., Fournier, E., & Vanlemmens, L. (2015). The subjective experience of young women with non-metastatic breast cancer: The Young Women with Breast Cancer Inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0273-x>
- Costa, W., Monteiro, M., Queiroz, J., & Gonçalves, A. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72(12), 758–763. <https://doi.org/10.1080/14783363.2011.568256>
- Cserni, G., Chmielik, E., Cserni, B., & Tot, T. (2018). The new TNM-based staging of breast cancer. *Virchows Archiv*, 472(5), 697–703. <https://doi.org/10.1007/s00428-018-2301-9>
- Domínguez Gil, M. R., Acosta Mosquera, M. E., Méndez Martín, I., Maestre Ramos, I., Pedrote Ramírez, C., & Frutos Cantó, M. (2009). Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 18(4). <https://doi.org/10.4321/s1132-12962009000400007>
- Enien, M., Ibrahim, N., Makar, W., Darwish, D., & Gaber, M. (2018). Health-related quality of life: Impact of surgery and treatment modality in breast cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 14(5), 957. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.183214>
- Fitzpatrick T. (2018). *Quality of Life Among Cancer Survivors. Challenges and Strategies for Oncology Professionals and Researchers*. In Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-75223-5>
- Fu, M. R., Axelrod, D., Guth, A. A., Clel, C. M., Ryan, C. E., Weaver, K. R., ... Melkus, G. D. (2015). Comorbidities and quality of life among breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Personalized Medicine*, 5(3), 229–242. <https://doi.org/10.3390/jpm5030229>
- Gil M, Mosquera M, Martín I, Ramos I, R. C. y C. M. (2009). Evaluation of the quality of life after the end of breast cancer primary treatment. *Index de Enfermeria*, 18(4). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400007

- Giuliano, A. E., Connolly, J. L., Edge, S. B., Mittendorf, E. A., Rugo, H. S., Solin, L. J., ... Hortobagyi, G. N. (2017). Breast Cancer-Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(4), 290–303. <https://doi.org/10.3322/caac.21393>
- GLOBOCAN. (2018). International Agency for Research Cancer. World Health Organization. Peru. <https://www.uicc.org/news/new-global-cancer-data-globocan-2018>
- Gozzo, T. de O., Moysés, A. M. B., Silva, P. R. da, & Almeida, A. M. de. (2013). Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 110–116. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000300014>
- Hart, P. D., Kang, M., Weatherby, N. L., Lee, Y. S., & Brinthaup, T. M. (2015). Evaluation of the Short-Form Health Survey (SF-36) Using the Rasch Model. 3(4), 136–147. <https://doi.org/10.12691/ajphr-3-4-3>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 240–252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Hortobagyi, G. N., Edge, S. B., & Giuliano, A. (2018). New and Important Changes in the TNM Staging System for Breast Cancer. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, (38), 457–467. https://doi.org/10.1200/edbk_201313
- Khan, F., Ahmad, N., & Biswas, F. (2018). Cluster analysis of symptoms of Bangladeshi women with breast cancer. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(4), 397. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_77_18
- La Cesa S, Sammartino P, Mollica C, Casciulli G, Cruccu G, Truini A, F.-D.-M. M. (2017). A longitudinal study of painless and painful intercostobrachial neuropathy after breast cancer surgery. <https://doi.org/10.1007/s10072-018-3418-y>
- Lauren Kalinowski, Jodi M. Saunus, A. E. M. R., & Lakhani, and S. R. (2019). Chapter 6. Breast Cancer Heterogeneity in Primary and Metastatic Disease.

- In Springer (Ed.), *Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance: Challenges and Progress* (pp. 76–79). Springer International Publishing.
- Lechner, L., Beaulen, A. A. J. M., Kanera, I. M., Bolman, C. A. W., Mesters, I., & Willems, R. A. (2015). Cancer survivors in the first year after treatment: the prevalence and correlates of unmet needs in different domains. *Psycho-Oncology*, 25(1), 51–57. <https://doi.org/10.1002/pon.3870>
- Medeiros, M. C. L. de, Veiga, D. F., Sabino Neto, M., Abla, L. E. F., Juliano, Y., & Ferreira, L. M. (2011). Depression and conservative surgery for breast cancer. *Clinics*, 65(12), 1291–1294. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322010001200011>
- Meneses-echavez, JF; González-Jiménez, E; Ramírez-Vélez, R. (2015). Efectos del ejercicio supervisado en la fatiga relacionada con el cáncer en los sobrevivientes de cáncer de mama: una revisión sistemática y meta-análisis. *BMC Cance*, 21. <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n4/667-681/>
- Ministerio de Salud. (2012). Declaran de interés nacional la atención integral del cáncer y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú y dictan otras medidas. Decreto Supremo N° 009-2012-SA (pp. 1–17). pp. 1–17. Normas legales. El Peruano.
- Ministerio de Salud. (2013). Conforman la Comisión Sectorial encargada de implementar el “Plan Nacional de Atención Integral de Cáncer y Mejoramiento de los Servicios Oncológicos en el Perú - Plan Esperanza”, aprobado por Decreto Supremo 009-2012-SA. (pp. 1–4). pp. 1–4. Normas legales. El Peruano.
- Ministerio de Salud. (2013). Análisis de la situación del cáncer en el Perú (Dirección General de Epidemiología, Ed.). Retrieved from Ministerio de Salud website: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- National Library of Medicine. (2019). Quality of Life. Medical Subject Headings. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=quality+of+life
- Nho, J. H., Kim, S. R., Park, M. H., & Kweon, S. S. (2018). Symptom clusters and quality of life in breast cancer survivors after cancer treatment in a tertiary hospital in Korea. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/ecc.12919>

- Payet Meza, Patricia Perez, E., & Mejiá, Ebert Poquioma Rojas, E. D. N. (2016). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y mortalidad 2010 - 2012. 5, 1–173.
- Pereira J, Silva S, Pereira L, Paludetto K, G. M. (2013). The partial or total mastectomy can interfere with quality of life after treatment of breast cancer. *Journal Phlebology and Lymphology*, 6(1), 11–18. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L370473615%5Cnhttp://digitalmedicaljournals.com/revista1/archivos/volume6/partialortotalmastectomy.pdf%5Cnhttp://elvis.ubvu.vu.nl:9003/vulink?sid=EMBASE&issn=19838905&id=doi:&atitle=>
- Rautalin, M., Färkkilä, N., Sintonen, H., Saarto, T., Taari, K., Jahkola, T., & Roine, R. P. (2018). Health-related quality of life in different states of breast cancer—comparing different instruments. *Acta Oncologica*. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1400683>
- Sánchez-Pedraza, R., Ballesteros, M. P., & Anzola, J. D. (2010). The concept of quality of life in women suffering from cancer | Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Salud Publica*, 12(6), 889–902. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000600002>
- Sat-Muoz, D., Contreras-Hernández, I., Balderas-Pea, L. M. A., Hernández-Chávez, G. A., Solano-Murillo, P., Mariscal-Ramírez, I., ... Morgan-Villela, G. (2011). Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas y su Asociación con Características Socio-Demográficas, Estados Co-Mórbidos y Características del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value in Health*, 14(5 SUPPL.), S133–S136. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.027>
- Schmidt, M. E., Wiskemann, J., & Steindorf, K. (2018). Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1866-8>
- Simeão, S. F. de A. P., Landro, I. C. R., De Conti, M. H. S., Gatti, M. A. N., Delgallo, W. D., & De Vitta, A. (2013). Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 779–788. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000300024>

- Smith, D. J., Huntington, J., & Sloan, J. A. (2006). Choosing the “Correct” Assessment Tool. *Current Problems in Cancer*, 30(6), 272–282. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2006.08.005>
- Smith, M. D., Meredith, P. J., & Chua, S. Y. (2018). The experience of persistent pain and quality of life among women following treatment for breast cancer: An attachment perspective. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.4848>
- Sun, S. X., Leung, A. N., Dillon, P. W., & Hollenbeak, C. S. (2015). Length of stay and readmissions in mastectomy patients. *Breast Journal*, 21(5), 526–532. <https://doi.org/10.1111/tbj.12442>
- Tait, R. C., Zoberi, K., Ferguson, M., Levenhagen, K., Luebbert, R. A., Rowland, K., ... Herndon, C. (2018). Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. *Journal of Pain*, Vol. 19, pp. 1367–1383. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.002>
- Temas de Salud. preguntas más frecuentes. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 20 de marzo de 2019. Disponible en : <http://www.who.int/suggestions/faf/es>. (n.d.).
- Van Den Beuken-Van Everdingen, M. H. J., Hochstenbach, L. M. J., Joosten, E. A. J., Tjan-Heijnen, V. C. G., & Janssen, D. J. A. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(6), 1070-1090.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135–150. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860162>
- Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T. S., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Vivar, C. G. (2010). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes.

Atención Primaria. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711004264>

Ware. J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130–3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>

Ware JE, Jr. SF-36 Health Survey Update, in M. M. (ed). (2004). *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. 3, 693–718. Retrieved from https://escholarship.umassmed.edu/qhs_pp/608/

ANEXOS

Anexo 1 - Encuesta de calidad de vida SF-36
Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2018

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-

100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

Anexo 2

Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2018

1. Nombres y Apellidos:

2. N° de Ficha:

3. N° Historia Clínicas:

4. Fecha de Nacimiento:

5. Lugar de Procedencia: 1: Medicina 2: Cirugía

6. Estado civil

1. Soltera
2. Casada
3. Divorciada
4. Viuda

7. Grado de instrucción

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

8. Etnia

1. Indígena
2. Mestiza
3. Blanca
4. Negra
5. Otra: _____

9. Religión

1. Católica
2. Protestante
3. No tiene religión
4. Otro: _____

10. Lugar de procedencia (Departamento): _____

11. Estadio clínico 0 I II III IV

Caracterización del dolor

12. ¿Tiene dolor? SI NO
13. SI tiene dolor ¿Tiempo de dolor en región de la mama y/o brazo en un día (24 horas)? (horas) _____
14. Número de días con dolor en el mes (sólo si tiene dolor). _____

Escala tipo Likert ("0" nada de dolor, y
"5" mucho dolor)

	0	1	2	3	4	5
15. ¿Cuál es el grado de dolor?						
16. ¿Tiene dolor al movilizar el brazo?						
17. ¿Tiene dolor al agarrar objetos?						
18. ¿Tiene Dolor en la noche cuando se encuentra en cama?						
19. ¿Tiene Dolor cuando descansa en el día?						
20. ¿Tiene Dolor al cargar objetos?						
21. Dolor al hacer ejercicios						
22. Dolor en el trabajo habitual						
23. Dolor en las actividades del hogar						
24. Rigidez del brazo al final del día						
25. Acostumbrada a vivir con dolor						
26. Dolor esporádico						

Anexo 3

Aprobación del Comité Revisor de Protocolos del Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Surquillo, 2 de Agosto del 2017

CARTA N° 056-2017-CRP-DI-DICON/INEN

Doctor

RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO

Investigador Principal

Presente.

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente e informarle que el Comité Revisor de Protocolos del Departamento de Investigación del INEN, ha revisado y aprueba el trabajo de Investigación **Titulado: “IMPACTO DEL CANCER DE MAMA EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES TRATADAS EN EL INEN 2017”. INEN 17 – 52.**

De acuerdo con las normas deberá presentar un informe sobre los avances del dicho proyecto, así como las conclusiones del mismo a esta Oficina.

Esperando la respuesta para la respectiva aprobación, quedamos de Usted.

Atentamente,


Dr. Vásquez Chávez Jule
Presidente de Comité Revisor


Dr. Alberto Lachos Dávila
Miembro de Comité Revisor


Dr. Sandro Casavilca Zambrano
Miembro de Comité Revisor


Dr. José Carlos Gutiérrez Lazarte
Miembro de Comité Revisor

Anexo 4**Consentimiento informado****Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2018**

1. Información del estudio

Estamos interesados en conocer la Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Usted ha sido atendido por algunos de los servicios del establecimiento (Mama y Tejidos Blandos, Medicina, etc.) del INEN. Para ello, le solicitamos su autorización para participar de la encuesta de calidad de vida.

De nuestra parte aseguraremos la confidencialidad de su participación y guardaremos la reserva de sus respuestas brindadas a nuestra encuesta.

2. Si está de acuerdo complete los datos siguientes:

Yo _____ identificado (a) con DNI No.

_____, certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de la encuesta de Calidad de vida en con Cáncer de Mama.

Firma del Encuestado:

Firma del Encuestador:

Fecha:

Anexo 5

Código ético de los encuestadores

Impacto del Cáncer de Mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018

Los numerales contenidos en el presente documento guiarán la actuación del personal **encuestador** que colabore con el estudio titulado “**Impacto del Cáncer de Mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018**”:

1. El encuestador se compromete a mantener confidencialidad de la información manejada en relación con participación en la investigación en cáncer de mama. Incluso a mantener la confidencialidad de la información aún después de realizar sus funciones.
2. El encuestador se compromete a no alterar ni eliminar ningún ítem de la encuesta electrónica, así como a no añadir ninguno adicional. Debe velar por la calidad de la data colectada según lo capacitado para el estudio.
3. El encuestador se compromete a no utilizar para otros fines la encuesta diseñada del estudio, salvo que exista autorización expresa del autor y de un comité de ética en investigación.
4. El encuestador se compromete a no suministrar a persona alguna que solicite datos de las pacientes, informes, material de cualquier tipo o herramientas informáticas, sin permiso expreso del autor y/o comité de ética.
5. Respetar la voluntad del encuestado para participar en el estudio.

El abajo firmante **DECLARA:**

- Que ha leído y entendido el Código Ético para el presente estudio.

- Que acepta dicho Código en todos sus términos, comprometiéndose al cumplimiento de los deberes en él contenidos.

Lima, de... de 20__

Firma:.....

Anexo 6

**Código ético del colector de datos de fuentes secundarias (historia clínica)
Impacto del Cáncer de Mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018**

Yo

con DNI _____, declaro mi compromiso para respetar la data procedente de la historia clínica, no modificándola o inventándomela. Asimismo, seré honesto y responsable al presentar los datos de la historia clínica de los pacientes elegidos, de la investigación titulada “**Impacto del Cáncer de Mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018**”.

Declaro además que no conozco los objetivos de la presente investigación y brindaré la data según los requerimientos del investigador.

Me comprometo a presentar un informe con mi rúbrica.

Lima, de... de 20__

Firma:.....

Anexo 7**Código ético del analista para la presentación de resultados****Impacto del Cáncer de Mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018**

Yo

_____,
con DNI _____, declaro mi compromiso para respetar la calidad de la data presentada, y los análisis bioestadístico que correspondan. Asimismo, seré honesto y responsable al presentar los resultados de investigación, del estudio titulado “**Impacto del Cáncer de Mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú. 2018**”.

Declaro además que no conozco los objetivos de la presente investigación y analizaré la data según los requerimientos del investigador.

Me comprometo a presentar un informe con mi rúbrica.

Lima, de... de 20__

Firma:.....

Anexo 8

Cálculo del tamaño de muestra con Epi Info 7.2

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	153	153
90%	241	241
95%	328	328
97%	389	389
99%	511	511
99.9%	728	728
99.99%	901	901

El cálculo de tamaño de muestra se ha usado como total de atendidos al año por cáncer de mama, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Con una frecuencia esperada de 50 %, con un margen de error del 5 %, y un efecto de diseño 1, y con un grupo clúster (conglomerado).

El tamaño calculado es 328 pacientes con cáncer de mama. Se incrementará 10 % (33), por posibles pérdidas muestrales. El total de pacientes a encuestar es 361.

Anexo 9

Medidas de tendencia central y de resumen del dolor en pacientes con cáncer de mama

	Media	Desviación estándar	Varianza	Mínimo	Máximo	Percentiles			Moda
						25	50	75	
Dolor en 24 horas	5.4	6.8	45.8	0	24	1.0	3.0	6.8	1
Días con dolor en el mes	19.0	12.5	155.7	0	30	5.0	28.5	30.0	30

Fuente: elaboración propia.

Características del dolor en pacientes con cáncer de mama

		Nada de dolor	Muy poco dolor	Poco dolor	Regular dolor	Mucho dolor	Demasiado dolor
Grado de dolor	n	31	37	67	86	40	27
	%	10.8	12.8	23.3	29.9	13.9	9.4
Dolor al movilizar el brazo	n	84	36	40	54	39	35
	%	29.2	12.5	13.9	18.8	13.5	12.2
Dolor al agarrar objetos	n	108	35	29	42	51	23
	%	37.5	12.2	10.1	14.6	17.7	8.0
Dolor en la noche cuando se encuentra en cama	n	97	39	35	48	46	23
	%	33.7	13.5	12.2	16.7	16.0	8.0
Dolor cuando descansa en el día	n	119	45	40	38	36	10
	%	41.3	15.6	13.9	13.2	12.5	3.5
Dolor al cargar objetos	n	58	25	45	56	58	46
	%	20.1	8.7	15.6	19.4	20.1	16.0
Dolor al hacer ejercicios	n	102	37	35	38	48	28
	%	35.4	12.8	12.2	13.2	16.7	9.7
Dolor en el trabajo habitual	n	107	40	37	43	36	25
	%	37.2	13.9	12.8	14.9	12.5	8.7
Dolor en las actividades del hogar	n	92	48	44	38	41	25
	%	31.9	16.7	15.3	13.2	14.2	8.7
Rigidez del brazo al final del día	n	85	40	51	50	33	29
	%	29.5	13.9	17.7	17.4	11.5	10.1

Fuente: elaboración propia. n = 288 pacientes con dolor