

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de
Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017**

Por:

Dany Edyth, Quispe Huaman

Julissa Gabriel, Lopez Pariona

Asesor

Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, 18 de agosto de 2017

Como citar:

Estilo APA

Lopez, J. y Quispe, D. (2017). Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017. Universidad Peruana Unión.

Estilo Vancouver

Lopez J, Quispe D. Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017.

Estilo IEE R. J. Lopez, “Lopez J, Quispe D. Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017.”, Universidad Peruana Unión, 2017.

Ficha catalográfica:

Lopez Pariona, Julissa Gabriel

Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017/ Autores: Julissa Gabriel Lopez Pariona y Dany Edyth Quispe Huaman; Asesor: Dra. María teresa Cabanillas Chavez - Lima, 2017.

73 páginas: anexos, tablas.

Proyecto de Tesis (Enfermera Oncóloga) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Enfermería, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Planteamiento del problema. 2.Desarrollo de las perspectivas teóricas. 3. Metodología. 4. Administración del proyecto de investigación.

DECLARACIÓN JURADA

DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo MARÍA TERESA CABANILLAS CHAVEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017”* constituye la memoria que presentan las licenciadas DANY EDYTH, QUISPE HUAMAN Y JULISSA GABRIEL, LOPEZ PARIONA, para aspirar al título de especialista en enfermería en Oncología, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dieciocho días del mes de agosto de 2017.



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Oncología

JURADO CALIFICADOR


Dra. Keila Miranda Limachi
Presidente


Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio
Secretario


Dra. María Teresa Cabanillas Chavez
Asesor

Lima, 18 de agosto 2017

Índice

Capítulo I.....	14
Planteamiento del problema.....	14
Formulación del problema.....	16
Problema general.	16
Problemas específicos.....	16
Objetivos de la investigación	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.	17
Justificación del estudio	17
Justificación teórica.	17
Justificación metodológica.	17
Justificación práctica y social.	18
Presuposición filosófica	18
Capítulo II.....	19
Desarrollo de las perspectivas teóricas	19
Antecedentes de la investigación.....	19
Bases teóricas	23
Cáncer.....	23

Cáncer de mama	26
Calidad de vida.	32
Calidad de vida del paciente oncológico	35
Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama.....	35
Aspectos de la calidad de vida en cáncer de mama	36
Rol de la enfermera según las teorías de enfermería de Dorotea Orem y Mishel	
Merle.....	45
Definición conceptual de variables	47
Capítulo III.....	48
Metodología	48
Descripción del lugar de ejecución.....	48
Población y Muestra	49
Población	49
Muestra	49
Criterios de inclusión y exclusión.....	50
Tipo y diseño de investigación	50
Identificación de variables.....	51
Operacionalización de Variables	52
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54

Cuestionario de calidad de vida en cáncer de mama QLQ-C30.....	54
Proceso de recolección de datos	55
Procesamiento y análisis de datos	55
Consideraciones éticas	55
Capítulo IV	57
Administración del proyecto de investigación	57
Cronograma de ejecución	57
Presupuesto.....	58
Referencias	59
Apéndice	67
Apéndice A.....	68
Instrumentos de recolección de datos.....	68
Apéndice B.....	70
Confiabilidad del instrumento	70
Apéndice C.....	71
Consentimiento informado	71
Apéndice D.....	72
Matriz de consistencia	72

Resumen

El cáncer de mama no sólo afecta el área física sino también la social, ya que provoca cambios permanentes en la calidad de vida, debido a la severidad del tratamiento. Por lo tanto este trabajo de investigación se elaboró con el objetivo de determinar la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El estudio de investigación comprende al diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, descriptivo. La técnica que se utilizara es una encuesta como instrumento para la medición de la calidad de vida, será el cuestionario QLQ-C30 a base de 30 ítems, aplicable a todo paciente oncológico, se reparten en una escala global de salud que consta de 5 escalas funcionales, 3 escalas de y un numero de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto económico. La población de estudio estará constituida por 150 pacientes con cáncer de mama, atendidos durante un mes, que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina del INEN. Este trabajo de investigación brindara una recopilación amplia y actualizada de información para posteriores investigaciones. Asimismo, la base de datos quedará como aporte al para la toma de acciones correspondientes que servirán de base para la elaboración de estrategias como: sesiones de autoayuda, apoyo psicológico y seminarios preventivos de canceres, que controlen el comportamiento de la calidad de vida.

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

Abstract

Breast cancer not only affects the physical area but also the social one, since it causes permanent changes in the quality of life, due to the severity of the treatment. Therefore, this research work was developed with the objective of determining the quality of life of the patient with breast cancer, hospitalized in the Medicine Service of the National Institute of Neoplastic Diseases. The research study includes the non-experimental design, with a quantitative, descriptive approach. The technique that will be used is a survey as an instrument for the measurement of quality of life, it will be the QLQ-C30 questionnaire based on 30 items, applicable to all oncological patients, divided into a global scale of health that consists of 5 scales functional, 3 scales of and a number of individual items that evaluate additional symptoms (dyspnea, loss of appetite, insomnia, constipation and diarrhea) and the economic impact. The study population will consist of 150 patients with breast cancer, attended for a month, who are hospitalized in the INEN medicine service. This research work will provide a broad and updated collection of information for further research. Also, the database will be a contribution to the taking of corresponding actions that will serve as the basis for the development of strategies such as: self-help sessions, psychological support and preventive seminars of cancers, which control the behavior of quality of life.

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

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) informa que: “los cánceres más frecuentes diagnosticados en la mujer son los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Además, se estima que en las próximas dos décadas, los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones a 22 millones”. Asimismo, 324 000 mujeres fallecen anualmente a causa del cáncer de mama, ocupando el primer lugar en mortalidad por neoplasia maligna en la mujer. Cabe señalar, que últimos estudios evidencian que el riesgo aumenta, en un 12,8%, con la edad, representando 2,5 millones de casos nuevos y 800 000 muertes, según la Sociedad Americana del Cáncer de los Estados Unidos (OMS, 2012).

Por su parte, Robles y Galanis (2002) refieren que: “en América Latina y el Caribe mueren alrededor de 300,000 mujeres al año a causa de esta enfermedad, es decir, que esta neoplasia es responsable de la muerte de 83 mujeres por día”. Asimismo, datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) en México, indican que, “cada año se detectan 1,38 millones de nuevos casos, con una tasa de mortalidad de 458 mil personas. Este tipo de cáncer, en la actualidad, tiene una incidencia similar en países desarrollados y en vías de desarrollo, sin embargo la mayoría de las muertes se presentan en países de bajos ingresos, donde el diagnóstico se detecta en etapas muy avanzadas de la enfermedad”.

A nivel nacional, esta enfermedad ocupa el segundo lugar en mortalidad en mujeres en edad fértil, de igual modo, anualmente se detectan 4300 nuevos casos, que representan 30,862

años de vida saludables perdidos, generando un gasto en el tratamiento de dicha enfermedad de aproximadamente 90 millones de soles (Gutiérrez, 2012).

Seguidamente, el Informe del registro hospitalario de Cáncer de mama del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN, 2011), menciona que “más de las tres cuartas partes (76.9%) de los casos (226 casos) se detectaron entre los 40 a 69 años; y solo un pequeño porcentaje (34 casos) (11.6%) se diagnosticaron en menores de 40 años. Por su lado, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2016) reporta que dentro de las cinco neoplasias de mortalidad las más frecuentes son; el cáncer del cuello uterino, el cáncer de la mama y el cáncer de próstata”.

Seguidamente, Escobar y Ramos (2009) resaltan que el cáncer de mama no sólo afecta el área física sino también la social, ya que provoca cambios permanentes en la calidad de vida, debido a la severidad del tratamiento. Por tanto, Ruiz (2015) recomienda abordar a este tipo de pacientes no sólo en el aspecto físico, sino también en el psicológico y emocional.

Es así que, Garduño y Sánchez (2010), a través de diversas investigaciones, han demostrado que un gran porcentaje de pacientes que han sido diagnosticados con cáncer, piensan que su calidad de vida se verá afectada gravemente, siendo el dolor una de sus mayores preocupaciones. Por ende, manifiestan emociones negativas como depresión, ansiedad, insomnio, fatiga, alteración de la imagen corporal, agitación psicomotora, culpa, dificultad para concentrarse y toma de decisiones.

Las investigadoras al tener experiencia en la atención de pacientes oncológicos que padecen un cáncer de mama y otros, en sus constantes turnos pudieron percibir a los pacientes muchos de ellos con signos de tristeza, angustia, además algunos pacientes refieren sentimientos

de frustración ante el afrontamiento ya que atraviesan una enfermedad terminal a su vez manifiestan lo siguiente “siento que soy una carga para mi familia”, “No valgo para nada ya que dependo de ellos, no tengo ganas de comer, mi actividad física ya no es la misma, me canso al caminar, a veces me dan náuseas y no quiero salir a ningún lado”

Ante lo descrito y observado en relación a los pacientes con cáncer de mama surge la motivación de plantearse la siguiente interrogante.

Formulación del problema

Problema general.

¿Cuál es la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017?

Problemas específicos.

¿Cuál es la calidad de vida en la escala funcional de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017?

¿Cuál es la calidad de vida en la escala de síntomas de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Determinar la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas .

Objetivos específicos.

Identificar la calidad de vida según escala funcional de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el servicio de medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Identificar la calidad de vida según escala de síntomas de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el servicio de medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas .

Justificación del estudio

Últimos estudios han evidenciado un incremento en la prevalencia y mortalidad del cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva, lo que afectaría notoriamente su calidad de vida. Esto se debería a la escasa información y educación sobre medidas preventivas recibidas por parte de las autoridades de salud y otros .

Por tanto, el profesional de enfermería como parte de su función comunitaria, está en la obligación de impartir programas y planes de cuidado con intervenciones orientadas en al autocuidado de la persona .

Justificación teórica.

La investigación tiene relevancia teórica, por la recopilación amplia y actualizada de la información concerniente a la calidad de vida del paciente con cáncer de mama, de tal forma que se considera una fuente confiable y fundamental de información, para posteriores investigaciones .

Justificación metodológica.

Tiene relevancia metodológica porque los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán en este estudio tendrán confiabilidad y validez, que podrán ser utilizados en otros

ámbitos para futuras investigaciones. Asimismo, la base de datos quedará como aporte al Servicio para la toma de acciones correspondientes .

Justificación práctica y social.

En cuanto al aporte práctico y social, beneficiará al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, porque permitirá conocer la realidad de la situación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, a todo el personal de INEN, así mismo servirán de base para la elaboración de estrategias como: sesiones de autoayuda, apoyo psicológico y seminarios preventivos de cánceres, que controlen el comportamiento de la calidad de vida .

Presuposición filosófica

White (1959) refiere que: “las enfermeras, y todos los que tienen que hacer en el cuarto del enfermo, deben manifestarse animosos, tranquilos y serenos. Todo apuro, toda agitación y toda confusión deben evitarse.” En el mismo sentido, las sagradas escrituras en el libro de Mateo 8:1-3 menciona: “¡En eso vino un leproso, se postro ante él, y le dijo: “Señor si tú quieres puedes limpiarme; Jesús extendió su mano, lo tocó y le dijo, así quiero, al instante lo tocó y quedo limpio de su lepra”

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Gómez (2016) realizó un estudio en Lima-Perú, con el objetivo de analizar y sintetizar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. La investigación fue abordada desde un enfoque cualitativo y de diseño documental. La muestra estuvo conformada por 20 artículos de investigación de origen nacional e internacional, relacionadas a la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama desde 2008 al 2015. Los resultados revelaron que el 45% de estudios utilizaron cuestionarios generales como SF-36, QLQ-C30 y WHOQOL-BREF., el 45% fueron aplicados durante el tratamiento, y otro 45% fue evaluado después del tratamiento adyuvante. Por lo tanto, concluyeron que la evaluación de las investigaciones después del tratamiento muestra deterioro de su calidad de vida .

Ruiz (2015) realizó un estudio en Murcia-España, titulado “Calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama”, cuyo objetivo fue determinar el porcentaje de mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años. El estudio fue observacional y de corte

transversal. La muestra estuvo conformada por 120 mujeres diagnosticadas y tratadas de este mal. Los resultados revelaron que más del 80% de las mujeres supervivientes al cáncer de mama, padecieron problemas del brazo, alteraciones del estado físico, mal estado emocional y un funcionamiento sexual deficiente con molestias de la mama, más del 60% presentaron insatisfacción de la imagen corporal, el funcionamiento social está alterado en más del 25% y por encima de un 10% de estas mujeres manifestaron problemas en la alimentación. Por lo tanto, se concluyó que más de las tres cuartas partes de estas mujeres supervivientes al cáncer de mama tuvieron alterada su calidad de vida .

Núñez (2014) elaboró un estudio con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Robuscini, Lima, Perú. La investigación fue realizada con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal. La población fue de 80 pacientes que recibían quimioterapia ambulatoria. Los resultados indicaron que la calidad de vida es baja en las diferentes escalas funcionales, describiendo en la escala de salud global con el 96%, en la escala funcional a nivel social con el 88%, a nivel emocional con un 78%, en el nivel físico con un 71%, finalmente en la escala de síntomas se evidencia que del 75% al 93% afectaron la calidad de vida. Por lo tanto, se concluyó que la mayoría de pacientes tienen una baja calidad de vida en la escala global, funcional y de síntomas .

Cruz, Moreno y Angarita (2013) efectuaron un estudio sobre “Medición de la calidad de vida con el cuestionario QLQ- C30 en usuarios con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga, Colombia”; cuyo objetivo fue realizar la medición de la calidad de vida en usuarios con diversos tipos de cáncer. El trabajo fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La

población de estudio estuvo conformada por 40 usuarios de los cuales el 45% estuvieron hospitalizados y el 55% se atendieron ambulatoriamente. Los resultados mostraron que los puntajes más altos fueron para el linfoma, cáncer de colon y tiroides, mientras que el cáncer con menos puntaje fue el de mieloma múltiple y cáncer de próstata. Por lo tanto, se ha concluyó que en general, el proceso evolutivo de la patología oncológica, los usuarios presentan disminución en la calidad de vida .

Torres (2011) efectuó un estudio sobre “Relación entre calidad de vida con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama” en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú, cuyo objetivo fue analizar la relación entre las dimensiones de calidad de vida y el soporte social instrumental, emocional y de acompañamiento social. Él fue estudio de enfoque cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada de 58 mujeres adultas con cáncer de mama. Los resultados mostraron que existe una relación positiva entre la satisfacción con el soporte recibido y dimensiones físicas de la calidad de vida, una relación positiva entre el soporte emocional y la salud mental y una relación positiva entre el soporte instrumental diario que recibe la paciente y su nivel de energía. La investigación concluye que existe una relación entre algunas dimensiones de la calidad de vida .

Laos (2010) realizó un estudio sobre “Calidad de vida y la religiosidad en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú”; cuyo objetivo fue evaluar las características de la calidad de vida y la religiosidad en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de mama y la relación que existe entre estas variables. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes con cáncer de mama. Los resultados mostraron que los pacientes presentaron una calidad de vida de buena a muy alta,

presentando un mejor desempeño en su función física, en cuanto a la religiosidad realizaron prácticas religiosas de manera frecuente, como rezar a Dios. La investigación concluyó que se encontraron tres correlaciones significativas entre las variables de estudio .

Recalde y Samudio (2010) efectuaron un estudio en Asunción-Paraguay sobre " Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social"; cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía y quimioterapia ambulatoria. Fue un estudio observacional, descriptivo y de corte trasversal con componente analítico. La muestra estuvo compuesta por 125 mujeres con cáncer de mama con edades entre 25 y 90 años. Los resultados fueron que las mujeres evaluadas después del tratamiento reportaron malestar físico (dolor, insomnio, cansancio), malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales, la dimensión salud general tuvo el promedio más bajo, ninguna persona calificó su salud general como excelente. Es así que, la investigación concluye que la calidad de vida relacionada a la salud es favorable en las pacientes estudiadas .

Salas y Grisales (2010) realizaron un estudio en Antioquia-Colombia sobre "Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama"; con el objetivo de determinar la calidad de vida y factores asociados en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento oncológico. Este estudio fue descriptivo y de corte trasversal. La muestra estuvo compuesta por 220 mujeres con cáncer de mama que estaban en tratamiento. Los resultados mostraron que la calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, aquellas que fueron las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, además las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que

tenían como soporte para afrontar la enfermedad tales como sus creencias personales. Por lo tanto, se concluyó que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama fue menor, de manera general, en los dominios físicos, psicológicos, sociales y del entorno, las cuales provenían de estratos socioeconómicos más humildes .

Monge (2006) efectuó un estudio sobre “Calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital de Es Salud Cusco-Perú”, cuyo objetivo fue describir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 48 mujeres con cáncer de mama. Los resultados mostraron que en la mayoría de mujeres con cáncer de mama, existe un deterioro en su calidad de vida, en relación a esta variable, donde se observa que el 81.3%, de la población evaluada, presenta calidad de vida mala, a diferencia de un 4,2% que tiene calidad de vida buena y muy buena .

Bases teóricas

En este estudio se abordarán conceptos sobre Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama hospitalizada en el servicio de medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), para lo cual se tomará como base la teoría de autocuidado de Dorotea Orem.

Para un mayor entendimiento, se describirá en primera instancia acerca del Cáncer, tipos de cáncer, cáncer de mama, los estadios y la calidad de vida.

Cáncer.

Según la OMS (2015) El cáncer es “una neoplasia maligna que pueden afectar a diversos sistemas, órganos y tejidos. Su principal característica es la proliferación rápida de células

anormales que invaden partes adyacentes del cuerpo u otros órganos, a este proceso se le conoce como metástasis, el cual es la principal causa de muerte por cáncer”.

Existe variedad de canceres que afectan actualmente a la población femenina, sin embargo muchos de ellos pueden ser evitados si se disminuye la exposición a factores de riesgo tales como, el humo de tabaco, agentes químicos y otros. De igual manera, muchos de estos tipos de canceres piden ser curados a través de cirugías, radioterapias y quimioterapias, si es que son detectadas a tiempo (OMS, 2010).

Epidemiologia

La salud sexual y reproductiva, sigue siendo un aspecto de importancia a nivel nacional y mundial. Se sabe que, en la Latinoamérica las tasas de incidencia de cáncer tanto en el hombre como en la mujer han ido en aumento en los últimos años, ocupando el tercer lugar de causas de muerte. Asimismo se ha visto un incremento en la incidencia de cáncer de mama a nivel nacional, sobretodo en mujeres adultos jóvenes y de estrato social bajo.

Según el informe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2013) “dentro de las cinco neoplasias más frecuentes están el cáncer del cuello uterino, de mama y de próstata, órganos accesibles que debido a su ubicación anatómica permiten la detección precoz; por lo cual si se ampliarían los programas de prevención y atención, disminuirían significativamente el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad”.

Reportes del INEN (2013) indican que “en la región Costa, se ha registrado una defunción por causa del cáncer de mama en el 83% de mujeres, mientras que en la Sierra del 15% y en la Selva solo del 2%. Asimismo, en la región de la Costa se han registrado 2891

nuevos casos, seguido de Piura con 298 y La libertad con 278”.

Tipos de cáncer.

Cáncer de pulmón.

La Asociación Española contra el Cáncer (AECC, 2013), en Europa y Norteamérica se ha registrado un aumento en la prevalencia de cánceres de pulmón, siendo el consumo de tabaco y la contaminación del medio ambiente, sobretodo en urbanizaciones industrializadas, los principales factores de riesgo para adquirir la enfermedad. Asimismo, se ha observado que más de 20 000 personas son diagnosticadas con este mal anualmente, siendo los más afectados los varones en edad adulta.

Cáncer de colon y recto.

Este tipo de cánceres son más frecuentes en países desarrollados, ocupando el segundo lugar en incidencia y siendo uno de los tres tipos de cánceres más frecuentes a nivel mundial. Recientes estudios, han evidenciado que la extracción temprana de pólipos pre-malignos ha tenido una incidencia creciente desde la época de los 80. Asimismo, se estima que la supervivencia a cinco años de haber padecido de adenocarcinoma varía según el sitio, siendo más común en Estados Unidos con un 65%, África con un 14% y los países en vía de desarrollo en un 39% (Ferreira, Díaz, Herrera & García, 2007).

Cáncer de cuello uterino.

En relación a este tipo de cáncer, Torres et al., 2013 indica que “empieza en las células de la superficie del cérvix o cuello uterino. Con el pasar del tiempo, el cáncer cervical puede invadir más profundamente dentro del cérvix y los tejidos cercanos. Las células cancerosas pueden diseminarse al desprenderse del tumor original primario. Entran en los vasos sanguíneos o en los

vasos linfáticos, los cuales se ramifican en todos los tejidos del cuerpo”.

Cáncer de mama

La Sociedad Americana contra el Cáncer (SACC, 2014) describe que “el cáncer de mama se origina cuando las células comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia. El tumor es maligno si las células crecen invadiendo los tejidos circundantes denominado metástasis es decir a diferentes áreas distantes del cuerpo”.

Fisiopatología del cáncer de mama

Debido a la facilidad que tienen las células cancerosas de diseminarse pasan rápidamente a los ganglios linfáticos y a la circulación general, lo que genera la metástasis de la enfermedad, sobretodo en órganos como el pulmón, el hígado, el hueso, el cerebro y la piel (Sandoval, 2002). De igual manera, es conocido que la mayoría de metástasis a piel aparecen cerca de la zona de la cirugía y en la mayor parte de casos aparece años después del diagnóstico y tratamiento inicial. Fisiológicamente, esto se debería a “los receptores de estrógenos y progesterona, presentes en algunos canceres mamarios, son receptores hormonales nucleares que promueven la replicación del DNA y la división celular cuando las hormonas apropiadas se unen a ellos. Así, los fármacos que bloquean estos receptores pueden ser útiles para tratar los tumores. Unos dos tercios de las pacientes posmenopáusicas tienen un tumor con receptores de estrógenos positivos. Otro receptor celular es el factor de crecimiento epidérmico humano 2 HER2; su presencia de correlaciona con un mal pronóstico en cualquier estadio tumoral”.

Factores de riesgo

Según la Asociación española contra el cáncer (2014) reporta que son varios los factores

de riesgo que se relacionan con la aparición del cáncer de mama así como:

Edad: sobre todo en adultos maduros entre 50 y 65 años.

Factores hormonales: menarquia precoz y la menopausia tardía. La ausencia de embarazo o tener el primer embarazo a una edad avanzada después de los 30 años.

La administración de anticonceptivos orales: puede existir un efecto perjudicial cuando los anticonceptivos se toman durante mucho tiempo, más de 8 años.

Tratamiento hormonal sustitutivo: solamente en las mujeres sin antecedentes de cáncer de mama y con síntomas menopausicos severos se puede valorar la realización de un tratamiento hormonal sustitutivo a dosis bajas durante el menor tiempo posible.

Antecedentes familiares de cáncer de mama: El riesgo es mucho mayor cuando hay antecedentes de cáncer de mama en tres o más familiares directos y sobre todo si lo han padecido en edades jóvenes. En estos casos, es aconsejable realizar un estudio genético ya que, aunque poco frecuente (del 5 al 10%), se podría tratar de un de un cáncer hereditario por alteraciones genéticas conocida como los genes BRCA1 y BRCA2.

La obesidad o el sobrepeso tras la menopausia es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.

Algunas enfermedades benignas de la mama de tipo proliferativo: aumento en el número de células con alteraciones.

La dieta hipercalórico: rica en grasa animales y pobre en fibras, la obesidad postmenopáusica, así como el sedentarismo.

El consumo de alcohol: algunos estudios informan que consumir alcohol en cantidad importante y de forma habitual puede favorecer la aparición de cáncer de mama. (Williams &

Hopper, 2009)

Estadios de cáncer de mama

Según Sociedad Americana contra el Cancer (ACS, 2014) clasifica los estadios de cáncer en:

Estadio 0.

Es la modalidad más inicial de cáncer mamario, generalmente no palpable. Aquí se encuentran dos tipos de Cáncer que corresponden a los carcinomas insitu (tumor con presencia solo en las estructuras donde de origen, sin invadir otras partes del órgano o del cuerpo) ductal y lobulillar.

Estadio I: Carcinoma infiltrante (capacidad de las células de propagarse a otros tejidos de la mama, ganglios linfáticos y otras zonas del cuerpo) cuyo tamaño es menor a 2centímetros de diámetro

Estadio II: carcinoma infiltrante cuyo tamaño es de 5centímetros de diámetro. Se ven afectados los ganglios linfáticos axilares sin metástasis a distancia. Carcinoma infiltrantes cuyo diámetro sobrepasa los 5centímetros de diámetro, sin metástasis ganglionar ni a distancia.

Estadio III: carcinoma de diámetro mayor a 5centímetros y con presencia de metástasis ganglionares

Cancer mamario de cualquier tamaño con invasión cutánea o en la pared torácica en ausencia de metástasis a distancia.

Estadio IV: En esta etapa, el Cáncer ya alcanzado regiones lejos de la mama (metástasis a distancia) comprometiendo otros órganos como lo son de manera frecuente los huesos, pulmones, hígado o cerebro.

Tratamiento

Cirugía

Según la Sociedad Americana de Oncología Clínica (2013), “el primer tratamiento que se aplica es la cirugía. La técnica quirúrgica utilizada varía en función del tipo de lesión y su extensión y son: (a) Mastectomía radical modificada, donde se conservan los músculos pectorales, extirpando solo la glándula mamaria y los ganglios axilares. Es posible realizar una reconstrucción mamaria; y (b) cirugía conservadora, se basa en la tumorectomía o de un cuadrante de la mama se llama cuadrantectomía y de los ganglios axilares, mediante la técnica del ganglio centinela. Esta técnica tiene que ir siempre complementada con un tratamiento de radioterapia”.

Radioterapia

Se utiliza como tratamiento complementario a la cirugía conservadora, cuando hay ganglios positivos y en algunos casos tras mastectomía. Consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama o en la pared torácica y en ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena axila y cadenas supraclaviculares para destruir las posibles células cancerosas que pudieran haber quedado tras la operación. La radioterapia puede ser: (a) Radioterapia externa, es la más habitual. Se administra se administra mediante la máquina acelerador lineal que en ningún momento contacta con la paciente. En la actualidad existen nuevos esquemas de tratamiento que permiten, en un subgrupo de mujeres, reducir el tiempo total de la radioterapia a 3-4 semanas. Es frecuente que la radioterapia externa provoque diversas alteraciones cutáneas en la zona donde se está recibiendo la radiación como enrojecimiento, descamación, edema, inflamación, prurito que desaparecerán unas semanas después de finalizado el tratamiento; y (b) Radioterapia interna o

braquiterapia, es la introducción de material radioactivo, en forma de hilo, en la zona donde se situaba el tumor. Es un tratamiento complementario a la radioterapia externa, un efecto secundario de la radioterapia y no un síntoma de empeoramiento (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2014)

Quimioterapia

Es la administración de fármacos vía endovenosa para destruir las células cancerosas que han podido dispersarse por el organismo, a las que ni la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar. Este tipo de tratamiento complementario al tratamiento local se llama tratamiento adyuvante.

En ocasiones la quimioterapia se utiliza para reducir el tamaño del tumor antes de la intervención quirúrgica, llamada quimioterapia adyuvante, puede durar de tres a seis meses dependiendo del número de ciclos y de los fármacos necesarios en cada caso. Cada ciclo tiene una duración media de tres a cuatro semanas. Cada ciclo tiene una duración media de 3 a 4 semanas. Durante los primeros días se administra el fármaco y durante el resto del ciclo, el organismo se recupera del efecto del mismo.

El tratamiento con quimioterapia suele acompañarse de una serie de efectos secundarios entre los que destacan náuseas y vómitos, molestias musculares, cansancio, trastornos intestinales, disminución de hematíes, leucocitos y plaquetas y alopecia. Es importante saber que no tienen por qué aparecer todos los síntomas descritos ya que varían en función del tipo de fármaco utilizado, es mas no siempre aparecen efectos secundarios o cuando lo hacen la mayor parte son tolerables (Asociación Española Contra el Cáncer, 2015).

Tratamiento hormonal

Las células de la mama poseen las características de ser estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente los estrógenos y la progesterona. Cuando las células tumorales conservan dicha característica, medido por la presencia de receptores hormonales en las mismas, es posible administrar un tratamiento hormonal adyuvante o complementario, que a demostrado una elevada eficacia en reducir el riesgo de recaída del tumor y mejorar la supervivencia.

El tipo de fármaco que se utiliza dependerá también de la situación hormonal de la paciente, por lo que se valorara si se trata de una mujer menopaúsica o no.

La terapia hormonal es un tratamiento sencillo que generalmente se administra por vía orla, con pocos efectos secundarios. La duración del tratamiento hormonal adyuvante puede ser prolongada, como mínima durante cinco años (Asociación española Contra el Cáncer, 2015).

Tratamientos biológicos

Las células malignas son capaces de sintetizar mas cantidad de sustancias normales o sustancias muy diferentes a las que producen las células normales. Una de las sustancias, que en algunos casos se encuentras aumentada en el cáncer de mama (20-30% de las pacientes) es la proteína HER2.

Actualmente se dispone de un anticuerpo monoclonal que actúa sobre las células tumorales capaces de producir la proteína HER2 en exceso, disminuyendo o deteniendo su crecimiento.

Este fármaco (Trastuzumab) tiene la característica de actuar destruyendo solamente a las células tumorales sin actuar sobre las células sanas. Se puede administrar como único tratamiento

o en combinación con quimioterapia u hormonoterapia en pacientes con enfermedad avanzada. También ha demostrado ser eficaz en el tratamiento adyuvante de los cánceres de mama HER2 positivos, debiéndose mantener durante un año. Se está investigando mucho con nuevos fármacos que actúan sobre la célula tumoral exclusivamente. Son fármacos dirigidos a moléculas específicas de la célula tumoral (Lindarte, 2014).

El tratamiento del cáncer, ha evolucionado satisfactoriamente demostrando su progresión e impacto en las expectativas de tratamiento y recuperación de la enfermedad. Sin embargo, estos tratamientos tienen efectos secundarios que influyen en la vida de la paciente en lo físico, psicológico y social, afectando así la percepción de su imagen corporal, viéndose alterada su calidad de vida, considerada esta como la valoración subjetiva que el individuo hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud, frente a la enfermedad o algún tratamiento (Vallejos, 2016).

Calidad de vida.

Según La Organización Mundial de la Salud (2002) calidad de vida es la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Es un fenómeno multifacético, que implica una variedad de dimensiones y no únicamente el funcionamiento físico, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la

salud física su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y su relación con su entorno (González, 2009).

Fernández, Fernández y Alarcos (2010) refieren que la calidad de vida se usó indistintamente para nombrar innúmeros aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, adaptación psicosocial, satisfacción con la vida y felicidad.

Según Perales (2008) define la calidad de vida como el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social, la enfermedad compromete integridad biológica, bienestar psicológico, social y económico, en los cuales implica cuatro dimensiones: psicológica (percepción individual del estado cognitivo-afectivo), social (percepción individual de las relaciones personales y sociales), ocupacional (necesidad de sentirse útil para la sociedad) y física (percepción del estado físico y efectos del tratamiento).

Por otro lado Urzúa (2010) menciona que la calidad de vida se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas .

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida del paciente que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida (Oblitas, 2006).

Dimensiones de la calidad de vida

La valoración de un paciente con enfermedad crónica ha de ser multidimensional e incluir en la evaluación al menos cuatro dimensiones: física, funcional, psicológica y social (García, 2008)

Perales (2008) menciona que dentro de la calidad de vida se destacan cuatro dominios esenciales o primarios, dimensión psicológica, dimensión social, la dimensión ocupacional y física:

Psicológica

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo que concierne a la habilidad individual de enfrentar problemas físicos y psicológicos y de manejar o controlar los momentos de ansiedad, miedo, incomunicación, pérdida de la autoestima, depresión, angustia, incertidumbre del futuro; las cuales pueden ser secundarios a la enfermedad como el tratamiento, también incluye las creencias personales, espirituales como el significado de la vida, la esperanza, la trascendencia, la fortaleza interior y la actitud ante el sufrimiento.

Social

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, la situación económica, la relación médico a paciente y el desempeño laboral. En algunas etapas, en el manejo del proceso del cáncer las relaciones interpersonales son críticas y se extienden no solo a la familia inmediata sino a los amigos, médico y enfermeras. En estos periodos de tiempo las relaciones pueden romperse y los problemas reprimirse superficialmente, trayendo consigo también problemas en la relación de pareja.

Ocupacional

Se describe como la necesidad que tiene el ser humano de sentirse útil para la sociedad y para sí mismo, incluye la capacidad y deseo de llevar a cabo su trabajo o las labores del hogar. Con frecuencia la actividad laboral significa mucho más que una fuente de ingresos, puede ser

parte esencial de la identidad y la autovaloración del ser humano.

Física

Es la percepción del estado físico o la salud, entendido como la presencia o ausencia de enfermedad, los síntomas físico producidos por la enfermedad y los efectos adversos de l tratamiento, como el dolor nauseas e inmovilidad, aspectos que pueden tener un mayor efecto en la calidad de vida. Se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, morbilidad y actividad física.

Calidad de vida del paciente oncológico

Algunos estudios han demostrado que la calidad de vida en pacientes oncológicos es un factor pronóstico que influye en la sobrevida (Montazeri, 2008).

Por otro lado la calidad de vida en los pacientes con cáncer es un proceso de adaptación que está influenciado por características médicas y socio demográficos que facilitarán o dificultarán la adaptación a la enfermedad (Soto R & Soto V., 2013).

Castro, Pérez y Gutiérrez (2013) menciona que los síntomas, individualmente o en combinación, pueden afectar la capacidad de este paciente para funcionar y llevar a cabo actividades normales, lo que afecta su sentido de bienestar, relaciones, y la calidad de vida en general.

Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama.

La calidad de vida de la mujer con cáncer de mama se ve afectada notablemente después del diagnóstico, el hecho de que una mujer enferme o muera por cáncer de mama tiene un importante impacto en la sociedad, debido a que la mujer asume la mayor carga de trabajo y responsabilidad en el hogar y la familia, tales como laboral, académico, político, familiar y

personal los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales se debilitan y sus aportes a la sociedad se ven limitadas (Ruiz, 2015) .

Aspectos de la calidad de vida en cáncer de mama

Según Irrázaval et al., (2013) describen que en la calidad de vida de una mujer con cáncer de mama se divide en dos grupos o dimensiones importantes: Escala funcional y escala de síntomas .

Escala Funcional

Valora el nivel motor del paciente como la dificultad para caminar, levantar peso y lavarse, ducharse o vestirse y actividades cotidianas, también mide la capacidad del paciente para realizar las labores permitidas en los ámbitos profesionales, domésticos o de ocio. Además en el aspecto cognitivo evalúa el nivel general de concentración y de memoria del paciente, circunstancias que también pueden modificarse como consecuencia del diagnóstico o los tratamientos. Finalmente en el área social expresa la afectación que la enfermedad haya podido causar en sus relaciones personales .

Función física y actividades cotidianas

La función física es entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos al tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad (Schwartzmann, 2003).

La función física se define como la salud física en general y los síntomas que se presentan entre los cuales se enuncian la fatiga, alteraciones del sueño, funcionalidad, náuseas, alteraciones en el apetito, estreñimiento, dolor y malestar general (Achury, Maherly, Castaño, Gómez & Guevara, 2011).

Así mismo Moros et al., (2010) menciona que tras recibir el diagnóstico de cáncer las pacientes tienden a reducir la actividad física que agravan estado de salud. Dicha reducción parece guardar relación con el tipo de tratamiento al que se someten, siendo mayor en aquellos que reciben tratamiento quirúrgico asociado a quimioterapia radioterapia frente a las que reciben solo radioterapia o cirugía. Por otro lado las personas inactivas presentan fatiga, debilidad, incoordinación, reducción de las relaciones sociales, alteraciones musculo esqueléticas, cardiovasculares y depresión .

Rol emocional:

Abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Laos, 2010)

Por otro lado Bayes (1997) describe que la disponibilidad afectiva y la capacidad de comunicación con las personas significativas del entorno de la paciente con cáncer de mama influirán en la capacidad para afrontar la enfermedad y tratamientos a recibir .

Así mismo las creencias espirituales proporcionarían un mayor bienestar subjetivo, además de conceder la sensación de sentido aún en medio de situaciones vitales importantes y, en relación a la religiosidad, tendrían relación con considerar a la divinidad como un ser benevolente, la búsqueda de la conexión con Dios y la posibilidad de apoyo social por parte de los miembros de la comunidad religiosa o el apoyo a otros, lo que se relacionaría con una mejor calidad de vida y salud mental, proporcionando un sentido de realización e identidad del paciente con cáncer (Díaz & Jerez 2013) .

Al respecto la familia se ve afectada por la enfermedad, se dan cambios emocionales en todos los miembros, roles y el estilo de vida se modifica, la dinámica familiar cambia y es necesario adaptarse a las nuevas circunstancias (García, 2012) .

Funcionamiento cognitivo:

Londoño (2009) menciona que la función cognitiva, determina un impacto importante, ya que afecta un órgano que se relaciona con la autoestima, la sexualidad y la femineidad .

Además, las mujeres afrontan desequilibrios físicos, emocionales, sociales y mentales durante las diferentes etapas, tanto de la enfermedad como del tratamiento, los que, a su vez, se convierten en potencialidades que en su propia experiencia las fortalece y las motiva a buscar otras formas de sobrellevar y combatir su condición patológica, lo cual genera en ellas un proceso de adaptación basado en decisiones propias de vivir más y mejor mediante el concepto de una mentalidad positiva .

Por lo tanto la función cognitiva se relaciona con el control de la ansiedad y el temor, la depresión y la angustia que generan la enfermedad. También es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro al tratamiento (Velarde & Ávila, 2002)

Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer (2016) El diagnóstico de cáncer puede tener un impacto enorme en la mayoría de los pacientes, las familias y los cuidadores. Por lo tanto los sentimientos de depresión, ansiedad y miedo son muy comunes y son respuestas normales a esta experiencia que cambia su vida y existen muchos factores que pueden causar estos sentimientos, como los cambios en la imagen corporal que pueden afectar la autoestima y la confianza. Asimismo, se pueden alterar los roles familiares y de trabajo, pueden sentir

aflicción a causa de estas pérdidas y cambios .

Función social

La función social es determinada por las relaciones, afecto y la intimidad, la apariencia, el entendimiento, el aislamiento, el trabajo y la situación económica así mismo el sufrimiento familiar. También es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico a paciente, el desempeño laboral (Velarde & Ávila 2002)

Asimismo Machado (2015) refiere que el cáncer no afecta exclusivamente a la propia paciente, también involucra, en mayor o menor medida a su familia y entorno más cercano. La paciente se convierte en foco de atención y el funcionamiento del entorno pasa a girar alrededor de la enfermedad de la misma, experimentan sentimientos de preocupación, sobre todo en aquellos que tienen mayores vínculos afectivos, los cambios en las relaciones se perciben en mayor medida sobre los miembros de la familia cónyuge y amigos .

Por otro lado Lisboa, Andrade, Dupas y Boer (2010) menciona que la familia es una base de apoyo para la lucha contra la enfermedad y sus efectos ya que esta forma parte del entorno en el que se desarrolla el individuo. Por lo tanto los miembros de la familia interactúan e intercambian información, se apoyan mutuamente y son un sustento para la mujer con cáncer de mama .

Por otra parte la amistad es otro aspecto del entorno social de la paciente con cáncer de mama intervenida que se ve afectado den ocasiones, el padecer esta enfermedad es una ayuda para reflexionar acerca de las verdaderas amistades que posee, ya que probablemente es estas circunstancias la paciente necesita mayor apoyo y es consciente de quien continua a su lado y

quien no lo hace. Es así que llegan a convertirse en parte fundamental de la vida de la paciente, ayudándola a sobrellevar su carga (Salci & Silvia, 2007).

De igual manera García (2012) refiere que se da un cambio radical en su estilo de vida, lo que puede llevar a la paciente a sentirse asilada de su entorno social, en este caso es conveniente adecuarse a su situación, de manera que se sienta mejor consigo misma y no se sienta excluida .

A si mismo Arrese (2015) refiere que las pacientes con cáncer, también pueden experimentar modificaciones en el ámbito laboral, la reincorporación al trabajo puede verse alterada, pues el tratamiento para esta patología dura meses, llevando así a un despido o renuncia, incrementándose la tasa de desempleo entre las pacientes que han sufrido cáncer .

Escala de síntomas

Evalúa un compendio de sintomatología general que puede aparecer en pacientes tratados por cáncer como fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento y diarrea. Además valora efectos de la enfermedad y los tratamientos en la capacidad económica .

Vico (2011) menciona que aproximadamente un 50% de las pacientes en tratamiento quimioterapéutico presentaran como efecto secundarios náuseas o vómitos en mayor o menor medida. Esto es así a pesar de la generalización en los últimos años de pautas antiemética altamente eficaces en la prevención de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia. Además la mucositas la diarrea o el estreñimiento disminuyen considerablemente la calidad de vida en la paciente oncológica .

Náuseas y vómitos

Según Soriano et al., (2006) los paciente que reciben quimioterapia opinan que el vómito es el efecto colateral más importante seguido, en segundo lugar las náuseas. Desde la década del 70 el control de náuseas y vómitos era prácticamente cero, se han hecho varios progresos; con la medicación disponible hoy se puede hablar de un 67% de control de emesis de la quimioterapia, pero a pesar de este progreso, hay encuestas en que la tercera parte de los pacientes describe las náuseas y vómitos producidos por quimioterapia como moderada y otra tercera parte que la califica de severa e intolerable .

“Además las náuseas y los vómitos continúan siendo en la actualidad uno de los factores secundarios, temidos por los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia, en los últimos años, el control de esta toxicidad ha mejorado notablemente dad la aparición de los denominados fármacos antieméticos que actúan en el control de estos síntomas, lo que influye en la calidad de vida de los pacientes y obliga en ocasiones a posponer e incluso suspender el tratamiento”. Su adecuado manejo es muy importante ya que de lo contrario pueden aparecer complicaciones como deshidratación, desequilibrios electrolíticos, desnutrición (Huelves et al., 2010)

Síntomas de anorexia

La anorexia es la pérdida del apetito, es característica en 15 a 25 % de todos los pacientes de cáncer en el momento del diagnóstico; también se presenta como efecto secundario de los tratamientos o vinculada con el tumor, Casi siempre, la anorexia relacionada con la quimioterapia se debe alteraciones del sabor y olfato. (Tong, Isenring & Yates, 2009)

Por otro lado Escobar y Ramos (2009) menciona que la reducción de la ingesta en el paciente con cáncer puede responder a múltiples causas, que incluirían: factores dependientes del tumor alteraciones mecánicas o funcionales del aparato digestivo, perdida de proteínas en ascitis,

o derrames pleurales malignos, causas derivadas de los tratamientos aplicados y factores relacionados con el paciente.

Síntomas de diarrea:

La diarrea se produce en los pacientes que reciben quimioterapia debido a la destrucción de las células del tracto gastrointestinal que por otra parte son de muy activa y rápida producción. La diarrea puede ocasionar un desequilibrio hidroelectrolítico grave, molestias para el paciente y cambios en su calidad de vida (Instituto nacional del Cancer (INC), 2010)

Además la Asociación española Contra el cáncer (2015) menciona que la quimioterapia afecta a las células que recubren el intestino, por tal motivo el funcionamiento del mismo se puede ver alterada y como consecuencia, el intestino pierde la capacidad de absorber el agua y los distintos nutrientes, dando lugar a una diarrea .

Dolor:

El dolor es una sensación desagradable y una experiencia emocional, asociado con actual o potencial daño tisular. El dolor es enteramente subjetivo y no existe signos físicos ni pruebas de laboratorio capaces de medirlo. El mejor alivio de cualquier dolor es la desaparición de la causa que lo produce. Se puede determinar que estos son efectos de la quimioterapia con algunas de las toxicidades que podría ocasionar estas y repercutir en la vida del paciente . (Schwartzmann, 2003).

Según la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, indica que el dolor es uno de los más frecuentes y devastadores síntomas en los pacientes con cáncer y con frecuencia su intensidad se incrementa a medida que la enfermedad progresa, la terapia utilizada para el manejo de los tumores cancerosos como la cirugía, quimioterapia o radioterapia, también son

las causa de dolor severo, que contribuyen a empeorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, la intensidad del dolor tiende a incrementarse a medida que la enfermedad avanza (Haro et al., 2009).

Síntomas de estreñimiento:

calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ve notablemente deteriorada en los pacientes con estreñimiento funcional. Su carácter crónico y recurrente y el disconfort propiciado por los síntomas referidos repercuten de manera clara y evidente sobre el bienestar psicológico. Este hecho es más significativo entre los pacientes que muestran un tiempo de tránsito colónico normal (Puigdemívol, Balboa & Mearin, 2004)

Fatiga:

El Instituto nacional de enfermedades neoplásicas INEN (2009) menciona que la fatiga es más común que cualquier otro efecto secundario en los pacientes con cáncer afecta al 50- 100% de todos los enfermos que reciben tratamiento para el cáncer.

Asimismo NANDA (2008), define la fatiga es la sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.

Por lo tanto, la fatiga es un síntoma de alta prevalencia en los pacientes con cáncer, potenciado por los tratamientos oncológicos que reciben y que produce un deterioro en la realización de las actividades de la vida diaria . La fatiga puede conducir a los pacientes a abandonar el tratamiento y puede llegar a ser aplasante que algunos mencionan que prefieren morir. Sin embargo el tener un incremento del sueño nocturno conduce a mejorar el ánimo y a disminuir la fatiga relacionado con el cáncer, por lo cual sin duda alguna la presencia de la fatiga en los pacientes oncológicos tiene una relación directa con el deterioro de la calidad de vida

(Mata & López, 2013)

Disnea

La disnea se atribuye habitualmente a múltiples etiologías tales como comorbilidades y pobre condición física. El tratamiento de la disnea es esencial para evitar la mala calidad de vida debida a síntomas respiratorios no tratados y no controlados.¹⁰ Existen intervenciones farmacológicas o no farmacológicas que pueden ser útiles en el alivio de la disnea (Akgün Crothers & Pisani, 2012).

Por otro lado la Sociedad Americana contra el Cáncer (2016), menciona que el solo hecho de pensar sobre los problemas para respirar puede resultar aterrador. La dificultad para respirar o falta de aliento es muy común en personas con cáncer avanzado, pero puede atenderse durante el final de la vida

Insomnio

El insomnio es un problema de sueño muy frecuente que en la práctica clínica se puede presentar de manera aislada o asociado a otras enfermedades médicas o psiquiátricas, ligado al consumo de sustancias o asociado a otro problema de sueño. En muchas ocasiones, el insomnio se hace crónico y entonces repercute de forma muy negativa en la calidad de vida, así como en la salud y el rendimiento de las personas que lo padecen (Morín & Benca, 2012) .

Asimismo Contreras, Alvarado y Molina (2013) indican que, los trastornos del sueño pueden afectar seriamente al bienestar físico y mental, así como a la calidad de vida del paciente, y más pronunciado es en aquellos pacientes con enfermedades que amenazan la vida, como el cáncer . La etiología del insomnio en el paciente oncológico es multidimensional, existen factores que se relacionan con el estadio del cáncer, el dolor y los efectos secundarios de los

tratamientos, como la náusea y vómito, disnea, frecuencia urinaria, la propia hospitalización y un contexto inusual para dormir, también pueden alterar el descanso nocturno .

Rol de la enfermera según las teorías de enfermería de Dorotea Orem y Mishel

Merle

Teoría del autocuidado

Orem (1993) considera el concepto auto como la totalidad de un individuo, donde no solo incluye sus necesidades físicas, si no también las necesidades psicológicas y espirituales además el concepto cuidado es la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que se anormal para él o ella . Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, vida y bienestar . Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia .

En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud está la oncología, donde la enfermera realiza actividades educativas para la detección precoz del cáncer, observando los factores de riesgo y para mantener el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado . Se ha encontrado el efecto de la consultoría en enfermería en ansiedad, y por otro lado el efecto del autocuidado del paciente que está recibiendo quimioterapia . Aquí el sistema de enfermería apoya la paciente oncológica y opera brindando cuidados a los pacientes cuando estos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de

manejo de signos y síntomas al paciente oncológico buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tendrá en cuenta la cultura y habilidades de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado . La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida. Se utiliza el modelo de Dorothea Orem autocuidado porque integra los métodos de enfermería en las conductas de la salud de las personas .

Teoría de la incertidumbre de la enfermedad

Merle (1990) define la incertidumbre como la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionado con una enfermedad, y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos, y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escases de información y conocimiento .

La incertidumbre aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurada o categorizada debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Estos eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente. El estudio de la incertidumbre representa un área inquisitiva de fenómenos conceptuales. El aporte técnico de enfermería junto a disciplinas relacionadas proveerá conceptos como cuidado y apoyo, probando la teoría y confirmando su generalización en los problemas de la práctica clínica de enfermería .

La teoría de la incertidumbre tiene su más fuerte apoyo entre los sujetos que están experimentando la fase aguda de una enfermedad, o están en una fase crónica con deterioro lento y progresivo de su cuerpo. Esta teoría no ha sido aplicada en pacientes que viven una incertidumbre específica, en una enfermedad, con una fase aguda tratable y con una eventual recurrencia. Además desarrollo una escala de 29 ítems midiendo en 100 pacientes la

incertidumbre en relación con el diagnóstico, la sintomatología, el tratamiento, la relación con proveedores de cuidado y el planteamiento para el futuro del paciente. En los acontecimientos de la vida real parece ser que la incertidumbre máxima suele ser estresante pudiendo tener un efecto inmovilizador sobre procesos anticipatorios de afrontamiento, y pueden provocar también confusión mental. La teoría de la incertidumbre es reconocida por la enfermera en su práctica para discutir una nueva probabilidad de afrontamiento con los pacientes con cáncer, a fin de tratar el efecto inmovilizador en el mismo. Dado que la incertidumbre produce estrés, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés des adaptabilidad, crisis, temores, para trabajar en equipo un plan individual con el paciente. El afrontamiento le permite al paciente oncológico aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud/enfermedad. Lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor calidad de vida .

Definición conceptual de variables

La calidad de vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

La investigación se realizará en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ubicada en la avenida Angamos Este 2520, Surquillo 15038, Lima-Perú, El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, más conocido como INEN, es un centro hospitalario público peruano administrado por el Ministerio de Salud del Perú. Fundado mediante Ley N°8892, la cual estableció la creación del Instituto Nacional del Cáncer, este nosocomio presta servicios de salud a la población que sufre distintos tipos de cáncer, donde se colocó la primera piedra el 11 de mayo de 1939. Posteriormente fue inaugurado el 4 de diciembre del mismo año, por el Presidente de la República del Perú, Oscar R. Benavides, y el Ministro de Salud y Provisión Social, el Dr. Guillermo Almenara, tomando el nombre de "Instituto de Cáncer".

El 1 de enero de 1952 tomó el nombre de "Instituto de Radioterapia"; esto debido que en aquella época se obtenían mejores resultados con esa modalidad. Posteriormente, el 19 de mayo de 1952 es renombrado como "Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", con sus siglas INEN, iniciando su atención en el local ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 825 – Lima (actualmente sede del Hospital Bartolomé). A partir de aquel año el Instituto fue completamente reorganizado; el Dr. Eduardo Cáceres Graziani fue nombrado director.

En los años 1980 el enorme crecimiento asistencial hizo que el antiguo local fuera totalmente insuficiente, motivo por el cual la Fundación Peruana del Cáncer inició gestiones de ayuda que posteriormente se cristalizaron en la donación de un terreno ubicado en la Av. Angamos Este N° 2520, distrito de Surquillo. Luego de varios retrasos en la construcción, el 23

de enero de 1988 se inauguró la nueva sede del actual Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

Desde el 15 de mayo de 2000, mediante Resolución ministerial, el instituto lleva el nombre de "Dr. Eduardo Cáceres Graziani".

Población y Muestra

Población

La población de estudio estará constituida por 150 pacientes con cáncer de mama, atendidos durante un mes, que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina del INEN.

Muestra

La muestra será probabilística porque brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados, mediante el muestreo aleatorio simple porque garantiza resultados estadísticos más precisos, será comprendida por 85 pacientes que serán atendidos en un periodo de 30 días, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

El número de la muestra se sacó mediante la siguiente formula:

$$n = \left(\frac{N Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q}{(N-1)e^2 + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q} \right)$$

n: Tamaño de muestra

Z: Nivel de confianza

P: Probabilidad de éxito

Q: Probabilidad de fracaso

N: Tamaño de la población

e: Error

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Pacientes que se atiendan en el INEN.

Pacientes que sean atendidos en el servicio de medicina

Pacientes que desean participar en el estudio (consentimiento informado).

Pacientes diagnosticados con cáncer de mama hasta el estadio III.

Criterios de exclusión

Pacientes que estén hospitalizados y no puedan responder el cuestionario

Pacientes que no deseen participar en el estudio de investigación.

Pacientes que se atienden en consultorio ambulatorio

Tipo y diseño de investigación

El estudio de investigación comprende al diseño no experimental ya que no existe manipulación de variable. Según Fassio, Pascual y Suarez (2006) refieren que los diseños no experimentales, no se manipulan las variables, no se utiliza grupo de control, no se asigna aleatoriamente los sujetos.

Es de enfoque cuantitativo, porque estudia los fenómenos desde el exterior, busca medir y cuantificar las variables a través de instrumentos, así determinar el comportamiento de dicha variable (Córdova, 2013)

Así mismo dicha investigación es de alcance descriptivo, porque permitirá describir la variable tal y como se presenta en la realidad y de corte transversal, debido que se recolectaran los datos en un momento determinado (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Identificación de variables

Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de Medición del indicador
Calidad de vida del paciente con Cáncer de mama.	La calidad de vida del paciente con cáncer de mama es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones (OMS, 1994)	Se medirá la calidad de vida que posee un paciente con cáncer de mama a través del cuestionario QLQ-C30, expresada en los siguientes niveles: Escala funcional: función física, función de actividades cotidianas, rol emocional, funcionamiento cognitivo, función social. Escala de síntomas: Fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento diarrea La valoración final de la variable se realiza en dos categorías: Buena calidad de vida:51-100	<p>Escala funcional:</p> <p>función física</p> <p>función de actividades cotidianas</p> <p>rol emocional</p> <p>funcionamiento cognitivo</p> <p>función social</p>	<p>Salud</p> <p>Actividad</p> <p>Atención sanitaria</p> <p>Desarrollo personal</p> <p>Educación</p> <p>Competencia personal</p> <p>Satisfacción</p> <p>Autoconcepto</p> <p>Ausencia o presencia de estrés</p> <p>Nerviosismo</p> <p>Ansiedad</p> <p>Concentración</p> <p>Capacidad para retener o recordar acontecimientos</p> <p>Desarrollo personal</p> <p>Competencia personal</p> <p>Integración y</p>	<p>Escala Likert</p> <p>Ítems 1-28:</p> <p>En absoluto = 1</p> <p>Un poco = 2</p> <p>Bastante = 3</p> <p>Mucho = 4</p> <p>Ítem 29 - 30:</p> <p>Muy malo=1</p> <p>malo=2</p> <p>regular=3</p> <p>bueno=4</p> <p>muy bueno=5</p> <p>excelente=6</p> <p>muy excelente=7</p>

		Mala calidad de vida ≤50.	<p>Escala de síntomas:</p> <p>Fatiga</p> <p>dolor náuseas y vómitos</p> <p>disnea</p> <p>insomnio</p> <p>anorexia</p> <p>estreñimiento diarrea</p>	<p>participación en la comunidad Roles comunitarias Apoyos sociales</p> <p>Cansancio</p> <p>Sensaciones insoportables</p> <p>Sanación de ahogamiento</p> <p>Interrupción del descanso corporal</p> <p>Dificultades nutricionales</p> <p>Desordenes del funcionamiento de la digestión</p>	
--	--	------------------------------	--	---	--

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizara es una encuesta como instrumento que se empleara para la medición de la calidad será el cuestionario de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), adaptado por las investigadoras

Cuestionario de calidad de vida en cáncer de mama QLQ-C30

El Grupo de Calidad de Vida de la EORTC ha desarrollado diversos cuestionarios específicos de calidad de vida (Irrázaval et al., 2013).

El cuestionario QLQ-C30, es un cuestionario a base de 30 ítems, aplicable a todo paciente oncológico, se reparten en una escala global de salud que consta de 5 escalas funciones (física, actividades cotidianas, rol emocional, cognitiva y social) y 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos) y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto económico. Para la mayoría de las preguntas, se empleó un formato de respuestas tipo Likert de 4 puntos, excepto en la escala global que contiene 7 puntos. Este instrumento ha sido validado internacionalmente, de tal manera que no ha sido necesario someterlo a juicio de expertos.

En el Perú este instrumento se utilizó por Monge (2006) en su trabajo titulado “calidad de vida en cáncer de mama, hospital Essalud del Cusco”, para la validación del instrumento empleo el método basado en la covarianza de ítems, para este caso el coeficiente de alpha de Crombach, en donde obtuvo un coeficiente de 0.895, lo que nos indica que existe un alto grado de confiabilidad en este instrumento. El grupo de estudio estuvo conformado por 25 pacientes con cáncer de mama.

Para realizar el estudio el instrumento se sometió a una prueba piloto, para determinar el nivel de confiabilidad, se aplicó el estadístico alfa de Cronbach, obteniendo como resultado

0.890 demostrando que dicho instrumento es confiable.

Proceso de recolección de datos

Para la recolección de los datos se realizara mediante la aplicación del instrumento de medición a los pacientes con cáncer de mama que cumplan los criterios de inclusión y exclusión en el servicio de medicina del INEN, en primer lugar se solicitara permiso correspondiente a la dirección de la institución, luego se presentara una copia de proyecto a la oficina de capacitación y docencia, para la respectiva autorización, seguidamente se informara a la jefatura de enfermería y se procederá a la selección de los sujetos de estudios para la aplicación del instrumento, previo consentimiento informado; la duración por cada sujeto de estudio será de 20 minutos para responder al cuestionario.

Procesamiento y análisis de datos

Para el proceso de los datos se utilizará el software estadístico SPSS versión 22, donde serán ingresados los datos recolectadas previas codificaciones de variables e ítems. Posteriormente se realizara la limpieza de datos considerando el criterio de eliminación aquellos casos que presenten datos perdidos por encima del 10%, así mismo se utilizarán las opciones de suma y recodificación de los datos para luego ser presentados utilizando tablas de frecuencia. Se usará la estadística descriptiva y los resultados se presentarán en tablas y figuras.

Consideraciones éticas

El equipo investigador en todo momento se comprometerá a respetar los principios de la investigación en ciencias de la salud establecida a nivel nacional e internacional (Declaración de Helsinki). Poniendo especial atención en el anonimato de cada uno de los participantes y en la confidencialidad de los datos recogidos, este proyecto tiene la conformidad de Comité Ético y de Investigación, la participación en el estudio será voluntaria de forma que los participantes

consentirán, de forma oral y escrita, participar en el estudio después de recibir información suficiente sobre la naturaleza del mismo. Para ello, se les entregará una hoja de Consentimiento Informado así como la explicación de la consistencia en dicho estudio, los datos recogidos para el estudio están identificados mediante un código y solo el responsable del estudio puede relacionar dichos datos con los participantes, la identidad de los participantes no será revelada en ningún informe de este estudio, los investigadores no difundirán información alguna que pueda identificarles, en cualquier caso el equipo investigador se comprometerá a cumplir estrictamente y respetar los códigos éticos y la Protección de Datos de Carácter Personal, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante el investigador principal.

Presupuesto

Tabla 2

Presupuesto de ejecución del proyecto

ID	Partidas y subpartidas	Cantidad	Costo S/.	Total S/.
Personal				
	Honorarios del investigador	1	500.00	500.00
	Honorarios revisor lingüista	1	200.00	200.00
	Horarios revisor APA	1	100.00	100.00
	Honorarios estadista	1	400.00	400.00
Bienes				
	Formatos de solicitud	3	2.00	6.00
	CD	6	1.50	9.00
	Otros	1	300.00	300.00
Servicios				
	Inscripción del proyecto	1	300.00	300.00
	Derechos de sustentación, documentación y derecho de graduación	1	1628.00	1628.00
	Impresión y anillado de ejemplares dela investigación	3	20.00	20.00
	Fotocopias cuestionario	60	0.10	60.00
	Viáticos	1	300.00	300.00
Total				S/.3823.00

Referencias

- Achury, D., Maherly, H., Castaño, R., Gómez, L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigacion enfermeria: Imagen y desarrollo*, Vol.13 (1): 27-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282007>
- Akgün, K. M., Crothers, K., y Pisani, M. (2012). Epidemiology and Management of Common Pulmonary Diseases in Older Persons. *The Journals of Gerontology*, 67A (3), 276- 291. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/blr251>
- Arrese, A., (2015) Aspectos psicosociales en mujeres con cancer de mama mastectomizadas: el rol de la enfermera en su cuidado, Brasil. Recuperado de: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/15800/TFG%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Asociación Española contra el Cancer (2013). Guía de Cáncer de pulmón para pacientes y familiares. Primera edición. Madrid. Recuperado de: https://www.aecc.es/comunicacion/publicaciones/documents/guia_ca_pulmon.pdf
- Asociación Española Contra el Cáncer (2013). Una guía para pacientes - Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO, V.1. Recuperado de: <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
- Asociación española del cáncer (2015) *Informe científico de Efectos secundarios más frecuentes: Descripción y consejos*, Madrid. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Quimioterapia/Paginas/Efectossecundariosmasfrecuentes.aspx>
- Bayés R. (1997) Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. *Revista medicina clínica*, 110(19), 740-743. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-paliacion-evaluacion-del-sufrimiento-practica-2417>.
- Castro I., Pérez F., Gutiérrez G. (2013) Programa para la Prevención del Cáncer de Mama. Resultados del bienio 2011-12. Región de Murcia: *Consejería de Sanidad y Política Social*. Dirección General de Salud Pública. Recuperada de: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/287828-DOC.pdf>
- Contreras N., Alvarado S. y Molina R. (2013). Insomnio en el paciente oncológico. *Instituto nacional de cancerologia; Gaceta Mexicana de oncologia*, Vol. 12 (2): 101-107 Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/gaceta-mexicana-de-oncologia>.

- Córdova, I. (2013). *El proyecto de investigación cuantitativa*. Lima, Perú: Editorial San Marcos. Recuperado de: <http://www.librosperuanos.com/libros/detalle/13442/El-proyecto-de-investigacion-cuantitativa>
- Cruz, B. H., Moreno, C. J., Angarita, F.A. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm. glob.*, Vol. 12, Núm. 2 (2013) Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/160351/146771>
- Díaz A., y Jerez J. (2013) *Espiritualidad y Cáncer: Importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos en el curso y tratamiento de su enfermedad*. Santiago-Chile (tesis de Psicóloga). Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/133213/Memoria.pdf?sequence=1>
- Escobar, P. F. y Ramos A. N. (2009). *Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. Talca-Chile (Tesis Doctoral). Recuperado de http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/10959/2/escobar_ponce.pdf
- European Organization for research and treatment of Cancer (2013). MMWR. Recuperado de: <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>
- Fassio, A., Pascual, L. y Suarez, F. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación: Aplicada al saber administrativo y al análisis organizacional*. Argentina- Buenos Aires. Macchi grupo editor S.A. Recuperado de: <https://libroargentina.com/empresa-macchi-grupo-editor-em-buenos-aires-capital-federal-7621>
- Fernandez, J., Fernandez, F. y Alarcos, C. (2010) Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento. *Salud pública*, 84(2), 169-184. Recuperada de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17012512005>
- Ferreira E.J., Díaz J.A, Herrera A.A. y García E. (2007). Cáncer de colon y recto. *Medicas UIS* 2007; 20: 174-84. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091i.pdf>
- Garcia, C. R. (2008). Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. *Centro de Documentación en Salud*, 2(6) 142. Recuperada de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=590403&indexSearch=ID>
- Garcia, V. C. (2012) Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención primaria*:

Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 44(5) 288-292.
doi:10.1016/j.aprim.2011.07.011

- Garduño R. y Sánchez S. (2010) Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 1.1. México. Recuperada de: <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>
- Gómez, Z. (2016) *Calidad de vida en pacientes con Cáncer de mama*. (Tesis de especialista) Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2345/3/gomez_z.pdf
- Gutiérrez, A. (2012). Costo utilidad de intervenciones preventivas para cáncer de mama en el Perú. *Ginecología y obstetricia*, 58(4), 253-261. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v58n4/a03v58n4.pdf>
- Haro, L., Mondéjar, R., Muñoz, M., Molina, M., Olaverri, A. y Santiago, J. (2009). *Dolor y cáncer*. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana para el estudio del dolor Editora Guadalupe S.A. Recuperado de: <http://www.dolor.org.co/libro/Dolor%20y%20Cancer.pdf>
- Hernández, J., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5a ed.) México: Mc Graw Hill. Recuperado de: <https://www.freelibros.org/tag/metodologia-de-la-investigacion-5ta-edicion>
- Huelves M., Motilla T., Salsamendi, E., Blasco A., Jara E. y Provencio M.. (2010) Recomendaciones básicas para pacientes en relación a la toxicidad por quimioterapia: Información útil para los pacientes y sus familiares. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Recuperado de: http://www.gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/GU%C3%8da_toxicidad_quimioterapia.pdf
- Instituto nacional de enfermedades neoplásicas (2013) Lima. Recuperado de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Instituto nacional de enfermedades neoplásicas (2016) Lima: Recuperado de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Instituto Nacional de cáncer (2017) La quimioterapia y usted. Cáncer.gov
- Instituto Nacional del Cancer. (2010) *informe cáncer de colon y recto*. Estados Unidos. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/colonyrecto.pdf>.
- Instituto nacional de enfermedades neoplásicas (2009) Lima: INEN recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>

- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (2011) *Informe de Control del Cáncer de Epidemiología y Estadística, Trujillo*. Recuperado de:
www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/informe-2010-2011.pdf
- Irrázaval M., Rodríguez P., Fasce G., Silva F., Waintrub H., Torres C., Barriga C., Fritis M. y Marin L. (2013). Calidad de vida en cáncer de mama: validación del BR23. *Departamento de calidad de vida*, 141(6). Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000600006>
- Kyle, S., Morgan, K. y Espie, C. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev*; 14(1):69-82.doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962922>
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*, (Tesis de Psicóloga Clínica) UCP, Lima, Perú. Recuperado de:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>
- Lisboa, K., Andrade, N., Dupas, G., Boer, D. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 290-299. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200019&lang=pt
- Llacza, A. y Selmira, P. (2009). Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Rev. LILACS*. Perú. Recuperado de:
<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4232>
- Machado, V. (2015). A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiencia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 133-137. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000200004>
- Mata, C. y Lopez, A. (2013) Fatiga y carcinoma de mama. *Enfermería Docente*. 100 (4) 11-14. Recuperado de:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/E D-100-04.pdf>
- Merle, M. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illnes Theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 22(4), 256-257. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2292449>
- Monge (2006) Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista de la facultad de medicina humana de Cusco*, 15 (1-2) Recuperado de:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a09.pdf

- Montazeri (2008). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(102). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-7-102>
- Morin y Benca (2012) Chronic insomnia. *Revista The Lancet*. 379 (9.821) 1.129-41. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
- Moros, T., Ruidaz, M., Caballero, A., Serrano, E., Martinez, V. y Tres, A. (2010). Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. *Revista médica de Chile*, 138(6)715-722. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000600008>
- Moros, T., Ruidaz, M., Caballero, A., Serrano, E., Martinez, V. y Tres, A. (2010). Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. *Revista médica de Chile*, 138(6)715-722. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000600008>
- NANDA (2008) Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 8va edición, Madrid Elsevier: recuperado de: <https://www.casadellibro.com/libro-diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2007-2008-nanda/9788480863025/1167070>
- Núñez, S. (2014). *Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria, albergue padre Robusccini*. (Tesis de Licenciatura) Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/364>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Editores. Recuperada de: <https://www.casadellibro.com/libro-psicologia-de-la-salud-y-calidad-de-vida/9789706866578/1145645>
- Orem, D. (1993). *Conceptos de Enfermería en la Práctica*. México: Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Recuperado de: <https://mx.casadellibro.com/libro-modelo-de-orem-conceptos-de-enfermeria-en-la-practica/9788445800928/123763>
- Organización Mundial de la Salud (2002) Envejecimiento activo: un marco político, Madrid, España. Recuperada de: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Prevención y control del Cáncer de mama*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2012) *Informe de prevención y control del cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2014) *Informe de datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>.

- Organización Mundial de la Salud (2015) *Informe de cáncer de mama*. Recuperado de:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud (2012) *Boletín de información de estadística*.
 Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19579&Itemid=270
- Organización Panamericana de Salud (2012) *Cáncer de mama en México*. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041%3A2011-breast-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3639&lang=es
- Perales J. (2008) *Calidad de Vida en Pacientes Sobrevivientes con Cáncer de Seno*. (Tesis de Especialista en enfermería oncológica). Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis27.pdf>
- Puigdellivol, Balboa y Mearin (2004) *Calidad de vida en los pacientes con estreñimiento funcional*. *Gastroenterología Hepatología*, 27(32) 8-9. Recuperado de :
<http://www.elsevier.es/en-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-calidad-vida-los-pacientes-con-13058928>
- Recalde M.T y Samudio M. (2010). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social. *Revista memorias del IICS*, 10(2), 13-29. Recuperado de
<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>.
- Robles, S. y Galanis, E. (2002). El cáncer de mama en America Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 12(2), 98. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000800016>
- Ruiz, P. (2015). *Estudio sobre calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama*. (Tesis Doctoral) Murcia, España. Recuperado de:
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/301274/TPRC.pdf?sequence=1>
- Salas, C. y Grisales, R. (2010). *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama* (Tesis de Licenciatura) Antioquia, Colombia. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>.
- Salci A., Silva S. (2007) Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400008>

- Sánchez y Reyes (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú: Editorial Visión Universitaria. Recuperado de:
<http://www.librosperuanos.com/libros/detalle/6348/Metodologia-y-disenos-en-la-investigacion-cientifica>
- Sánchez, C., Bustos, M., Camus, M., Álvarez, M., Goñi, I., León, A. y Besa, P. (2007) Es curable el cáncer de mama en etapa precoz: Resultados del tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. *Revista médica de Chile*, 135(4) 427-435. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400003>
- Schwartzmann (2003) calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Sociedad Americana contra el Cancer (2014) Recuperado de: <http://www.cancer.org/bookstore>
- Sociedad americana contra el cáncer (2016) Tratamientos y efectos secundarios del cancer. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-emocionales/ansiedad-miedo-depresion.html>
- Sociedad europea para la medicina oncológica (2016) recuperado de:
<https://www.esmo.org/content/download/7253/143223/file/ES-Cancer-de-Pulmon-de-Celulas-no-Pequeñas-Guia-para-Pacientes.pdf>
- Soriano, J., Pérez, M., Gonzales, J., Batista, N., Barban, R. y García, R. (2006) Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia antineoplásica: Guía de tratamiento. *Revista cubana médica*, 45(2) Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000200007
- Soto, C. R. y Soto, C. V. (2013) *Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama*. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, Chiclayo. Recuperado de: [*http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1](http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1)
- Tong H., Isenring E. y Yates P. (2009) La prevalencia de síntomas de impacto nutricional y su relación con la calidad de vida y los resultados clínicos en pacientes de oncología médica. 17 (1): 83-90. Recuperado de:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/perdida-apetito/nutricion-pro-pdq>
- Torres A., Bustamante I., Torres R. A., Oliva C., Morales M., Román E. (2013) Ginecología y Obstetricia, México; 81(2) 71-76. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom132b.pdf>

- Torres J. (2011) *Relación entre calidad de vida con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/717>
- Triviño, V. y Sanhueza, A. (2005) Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichán*, 5(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972005000100003
- Urzúa (2010) Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3) 358-365. Recuperada de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Vallejos, A. (2016). *Calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. (Título de Especialista). Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5275/1/Martinez_va.pdf
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública México*; 44(4): 349-361. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023>
- Vico I. (2011) Paciente en Tratamiento Quimioterápico: Manejo de las Complicaciones. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_paciente_tratamiento_quimioterapico.pdf
- White, E. (1903). *La temperancia*. Buenos Aires, Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana. Recuperado de: <http://www.iasdsanjudas.com/documentos/Libros-EP/Latemperancia.pdf>
- Williams y Hopper (2009) *Enfermería medico quirúrgica*: 3ªed. México. Interamericana editores S.A. Recuperado de: <https://mx.casadellibro.com/libro-enfermeria-medico-quirurgica-3-ed/9789701072424/1693886>.

Apéndice

Apéndice A.

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario EORTC QLQ-C30

Estamos interesados en conocer el grado de sus síntomas y su salud. Por favor responda a todas las preguntas encerrando en un círculo el número que mejor se aplique en su caso, hasta qué punto ha experimentado usted los síntomas o problemas durante la semana pasada. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

Ítems	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieren un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata larga?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata corta fuera de la casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Le faltó el aire?	1	2	3	4
9. ¿Ha sentido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesita descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4

13. ¿Se le ha quitado el apetito?						
		1	2	3	4	
14. ¿Ha tenido nauseas?						
		1	2	3	4	
15. ¿Ha vomitado?						
		1	2	3	4	
16. ¿Ha estado estreñida?						
		1	2	3	4	
17. ¿Ha tenido diarrea?						
		1	2	3	4	
18. ¿Estuvo cansada?						
		1	2	3	4	
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?						
		1	2	3	4	
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?						
		1	2	3	4	
21. ¿Se sintió nerviosa?						
		1	2	3	4	
22. ¿Se sintió preocupada?						
		1	2	3	4	
23. ¿Se sintió irritable?						
		1	2	3	4	
24. ¿Se sintió deprimida?						
		1	2	3	4	
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar las cosas?						
		1	2	3	4	
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?						
		1	2	3	4	
27. Interfiere su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades						
		1	2	3	4	
28. ¿Le han causado problema económico su estado físico o el tratamiento médico?						
		1	2	3	4	
29. ¿Cómo calificaría su salud en general durante la semana pasada?						
Muy malo	malo	Regular	Bueno	muy malo	excelente	Muy excelente
1	2	3	4	5	6	7
30. ¿Cómo valora usted su calidad de vida general?						
Muy malo	malo	Regular	Bueno	muy malo	excelente	Muy excelente
1	2	3	4	5	6	7

Apéndice B.**Confiabilidad del instrumento**

Confiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
,890	30

Matriz de datos

Apéndice C.

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Consentimiento informado

Tema de investigación: Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama hospitalizados en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Lima-2017

Buenos días, nuestros nombres son: Dany Edyth Quispe Huamán y Julissa López Pariona estudiantes de la especialidad de Oncología de la Universidad Peruana Unión responsables del trabajo de investigación. Este cuestionario tiene como objetivo Determinar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama hospitalizados en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente entre 15-30 minutos de su tiempo. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide. He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma: _____

DNI: _____

Fecha...../...../.....

Apéndice D.

Matriz de consistencia

TÍTULO: Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama hospitalizados en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Lima-2017				
AUTOR (ES): Lic. Edyth Quispe Huaman, Julissa López Pariona				
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE E INDICADORES		
		Variable: Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama		
		Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida en la escala funcional de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar la calidad de vida según escala funcional de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el servicio de medicina</p>	<p>Escala de funcionamiento:</p> <p>función física</p> <p>función de actividades cotidianas</p> <p>rol emocional</p> <p>funcionamiento cognitivo</p> <p>función social</p> <p>Escala de síntomas:</p> <p>Fatiga</p> <p>dolor</p> <p>náuseas y vómitos</p> <p>disnea</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salud ✓ Actividad ✓ Atención sanitaria ✓ Desarrollo personal ✓ Educación ✓ Competencia personal ✓ Satisfacción ✓ Autoconcepto ✓ Ausencia o presencia de estrés ✓ Nerviosismo ✓ Ansiedad ✓ Concentración ✓ Capacidad para retener o recordar acontecimientos ✓ Desarrollo personal ✓ Competencia personal ✓ Integración y participación en la comunidad ✓ Roles comunitarias ✓ Apoyos sociales 	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica.</p> <p>Diseño: No experimental de corte transversal</p> <p>Método: Cuantitativo</p> <p>Alcance: Descriptivo – simple</p> <p>Población: 150</p> <p>Muestra: 85</p> <p>Muestreo: Probabilístico.</p>

<p>Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017? ¿Cuál es la calidad de vida en la escala de síntomas de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017?</p>	<p>del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Identificar la calidad de vida según escala de síntomas de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el servicio de medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p>	<p>insomnio anorexia estreñimiento diarrea</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cansancio ✓ Sensaciones insoportables ✓ Sanación de ahogamiento ✓ Interrupción del descanso corporal ✓ Dificultades nutricionales ✓ Desordenes del funcionamiento de la digestión 	
---	--	--	--	--