

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



**CALIDAD DE VIDA EN MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA A UN AÑO DE TERAPIA ADYUVANTE EN UN HOSPITAL
DE LAMBAYEQUE 2008 – 2010.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

Bach. Melissa del Pilar Palacios Benzaquen

Chiclayo, 10 de marzo del 2014

**CALIDAD DE VIDA EN MASTECTOMIZADAS POR CANCER DE
MAMA A UN AÑO DE TERAPIA ADYUVANTE EN UN HOSPITAL
DE LAMBAYEQUE 2008 – 2010.**

POR:

Bachiller en Medicina: Melissa del Pilar Palacios Benzaquen

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de
Mogrovejo, para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR:

Dr. Fernando Cubas Benavides
Presidente de Jurado

Dra. Ema Mocarro Willis
Secretaria de Jurado

Dr. Franco León Jiménez
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 10 de Marzo del 2014

Agradecimientos

A Dios, creador de todas las cosas, por guiar mi camino y mi vida, y porque en todo momento me llenó de fuerzas para seguir adelante a pesar de los obstáculos y así poder cumplir con mis metas.

A mis asesores y profesores, por su ayuda y apoyo a lo largo de la realización de este trabajo de investigación

Dedicatoria

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños y alcanzar mis objetivos, por motivarme, apoyarme y estar presentes cuando los necesitaba; a ustedes por siempre mi corazón mis amados padres Ronald y Libertad.

A mis hermanas, por comprenderme y ayudarme, y porque a pesar de mi poca dedicación a ellas siempre me mostraron su cariño. Son las mejores Fiorella y Antonella.

A mi novio, José Eduardo, por compartir conmigo cada etapa de mi vida universitaria y estar siempre dispuesto a brindarme toda su ayuda. Su cariño, comprensión y paciente espera, son evidencia de su gran amor. Gracias por estar siempre a mi lado y por tu amor incondicional.

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCION.....	08
II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	10
1. Antecedentes del problema.....	10
2. Bases teórico- científicas.....	11
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
1. Tipo y diseño de estudio.....	16
2. Población, muestra de estudio y Muestreo.....	16
2.1 Criterios de inclusión.....	17
2.2 Criterios de exclusión.....	17
3. Métodos, técnicas y recolección de datos.....	18
4. Operacionlización de variables.....	18
5. Plan de procesamiento para análisis de datos.....	22
6. Procedimiento para garantizar aspectos éticos.....	22
IV. RESULTADOS.....	23
V. DISCUSION.....	28
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.....	34
VII. ANEXOS.....	43
1. Encuesta de datos sociodemográficos- clínicos.....	43
2. Cuestionario SF36 v2.....	45
3. Consentimiento informado.....	51
4. Figuras	53

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama durante los años 2008-2010, después de un año de haber finalizado terapia adyuvante en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, descriptivo; muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recogieron datos epidemiológicos y se empleó el Cuestionario SF36 v2 versión española. Se usó T de Student, test de ANOVA, la U de Mann-Whitney y Kruskal – Wallis para comparar las medias de calidad de vida entre los grupos. El proyecto fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, se autorizó la participación mediante consentimiento informado y hoja informativa. **Resultados:** Se realizaron 100 entrevistas; el 100% de participantes tuvieron buena calidad de vida; La edad promedio fue de 56,2 +/- 10,6; 28% fueron menores de 50 años, 24% tenían entre 51-56 años, 19% entre 57-64 años y 29% eran mayores de 65 años. Las dimensiones de calidad de vida con menor puntaje fueron: rol emocional (70,7 +/- 40,8) y salud general (64,8 +/- 19,6). No se encontraron diferencias en la calidad de vida según tipo de terapia adyuvante, tipo de mastectomía y año de cirugía. **Conclusiones:** Las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terminado el tratamiento adyuvante, presentan buena calidad de vida; las dimensiones Rol emocional y Salud general fueron las más comprometidas.

Palabras claves: calidad de vida, cáncer de mama, quimioterapia, radioterapia.

(Fuente: DeCs- BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life of breast cancer patients during 2008-2010, one year after adjuvant therapy was completed from the Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.

Materials and Methods: A cross-sectional study, non-probability convenience sampling. Epidemiological data were collected and the Spanish version v2 SF36 Questionnaire were used. We used t-Student, ANOVA, the Mann -Whitney and Kruskal - Wallis test to compare the means of quality of life between groups. The project was approved by the Bioethics Committee of the Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo and Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo; participation was authorized by informed consent and information sheet. **Results:** 100 interviews were conducted , 100% of participants had good quality of life , 28% were younger than 50 years, 24% were between 51-56 years, 19% were between 57-64 years and 29% were 65 years or older. The average age was 56.2 ± 10.6 ; the dimensions with lower scores were: emotional role (70.7 ± 40.8) and general health (64.8 ± 19.6). No differences in quality of life were found by type of adjuvant therapy, mastectomy and year of surgery. **Conclusions:** women with mastectomy for breast cancer after one year of adjuvant therapy, had good quality of life; emotional role and General health were the dimensions most compromised.

Keywords: quality of life, breast cancer, chemotherapy, radiotherapy.

(Source: DecS- BIREME)

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el segundo cáncer con mayor prevalencia en el mundo y el más frecuente en las mujeres: 1,67 millones de nuevos casos en el 2012. Las tasas de incidencia varían desde 27 por 100.000 en el África central y Asia oriental y 96 por 100.000 en Europa Occidental.^{1,2} En el Perú, es el segundo cáncer más frecuente en mujeres. En Lima y Callao, en el 2012, ocupó el primer lugar y aproximadamente una de cada 29 mujeres menores o iguales a 70 años padece este tipo de cáncer, teniendo una tasa de incidencia de 18.9 por cada cien mil habitantes.³ En Lambayeque, en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, el cáncer de mama tiene una prevalencia de 14, 57% y ocupa el primer lugar con una incidencia de 13,61 % en el periodo 2007- 2012.⁴

Existen varios tipos de tratamiento para el cáncer de mama: cirugía, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica y radioterapia. La mayoría de las pacientes reciben más de un tratamiento, dependiendo del tipo de cáncer y del grado de diseminación.⁵ Las tasas de supervivencia a los 5 años son de 79 % en Europa y 90% en los EE.UU.⁵ Para el año 2012 el 83% de las mujeres hispanas con cáncer de mama invasivo tuvieron una supervivencia de al menos 5 años.^{5, 6, 7}

Vivir más tiempo exige de las políticas socio sanitarias actuaciones e intervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida sanos y comportamientos saludables que retrasen todo lo posible en el tiempo de aparición de problemas de salud.⁷

En los últimos años se ha estudiado la experiencia de las pacientes supervivientes; sin embargo, hay pocos estudios que hagan referencia a la calidad de vida durante el periodo de transición entre el final del tratamiento primario y el periodo de supervivencia, que coincide con el momento en que las pacientes han de pasar de estar enfermas por cáncer a intentar

retomar su vida normal ⁷ adaptando sus vidas a las secuelas del tratamiento; ello puede afectar el funcionamiento diario y por lo tanto, disminuir la calidad de vida relacionada con la salud.^{8,9}

En nuestra región son escasos los estudios dedicados a evaluar la calidad de vida de este grupo de pacientes a pesar de contar con un gran número de sobrevivientes a cáncer de mama, y que se encuentran en controles pos tratamiento primario (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia)

El objetivo general de este estudio fue determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama durante los años 2008-2010, un año después de haber terminado su terapia adyuvante (quimioterapia y/o radioterapia) en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

II. MARCO TEORICO- CONCEPTUAL

1. Antecedentes del problema

Mols F et al. En el 2005 en Países bajos, realizo una revisión sistemática sobre la calidad de vida a largo plazo en sobrevivientes a cáncer de mama, concluyendo que la mayoría de los estudios informaron que los supervivientes a largo plazo experimentan buena calidad de vida en general, sin embargo presentan problemas específicos como dolor de brazo y problemas de función sexual. Además el estado de salud actual, la cantidad de apoyo social y el nivel de ingresos monetarios eran fuertes predictores positivos de la calidad de vida y el uso de la quimioterapia adyuvante surgió como un factor de pronostico negativo.¹⁰

Domínguez M, et al, en el año 2009, en un estudio descriptivo transversal realizado en España, halló que la cirugía continua incapacitando a las pacientes incluso después de seis y nueve meses.¹¹

Royo A. 2011, en un estudio prospectivo, en España, analizó la calidad de vida en pacientes intervenidas por cáncer de mama al mes, a los seis meses y al año; halló diferencias en la calidad de vida según el tipo de mastectomía radical y parcial o conservadora, además observó que mejoraba a medida que pasaba el tiempo se seguimiento⁸.

Braña B, et al. En el 2012 en un estudio descriptivo transversal en España, halló que la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama se vio afectada en diversos ámbitos, como el sexual y preocupación por el futuro¹².

Soto-Cáceres R en 2012 en Perú, en un estudio observacional prospectivo, analítico de casos y controles emparejados, comparó el nivel de percepción de calidad de vida en mujeres con y sin intervención quirúrgica radical por cáncer de mama, hallando que la

percepción global de calidad de vida en las pacientes con intervención quirúrgica radical de cáncer de mama es mala en una de cada cinco mujeres y en las no mastectomizadas es el 15%.¹³

Moro et al en el año 2013 en España, quien menciona que sería útil evaluar la calidad de vida a partir de los 5 años después de los tratamientos, puesto que a largo plazo se revelan mayores síntomas y preocupaciones. Sin embargo sugiere que la medición de la calidad de vida a corto plazo puede predecir la calidad de vida a largo plazo¹⁴.

Soares P et al, en el 2013 en Brasil, en un estudio transversal comparo la calidad de vida en mujeres sobrevivientes a cáncer de mama con las mujeres que no sufrieron la enfermedad, e identificar los factores asociados, concluyendo que las sobrevivientes tuvieron buena calidad de vida, igual o mejor que las mujeres sin cáncer. Proponiendo que se deba a que estas mujeres han encontrado el apoyo de sus familias y profesionales de la salud y encontrando un mayor significado a la vida¹⁵.

2. Bases teórico – científicas.

2.1 Calidad de Vida

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno^{16, 17}

Calidad de vida es la evaluación subjetiva de la vida entendida como un todo; se refiere a la valoración de los pacientes sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento normal comparándolo con el que ellos creían que era posible o ideal¹⁷

La mayoría de los expertos en este campo perciben la calidad de vida como una estructura multidimensional, que estaría a su vez constituida por una serie de dimensiones o factores, los que incluyen el estado y funcionamiento a nivel físico, enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento y funcionamiento psicológico¹⁶.

2.2 Cáncer de mama^{18, 19}

El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo. Existen dos tipos principales:

- El carcinoma ductal que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.
- El carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.

El cáncer de mama puede ser o no invasivo. Esto significa que se ha propagado desde el conducto galactóforo o lobulillo a otros tejidos en la mama. No invasivo significa que aún no ha invadido otro tejido mamario. El cáncer de mama no invasivo se denomina in situ.

- El carcinoma ductal in situ (CDIS), o carcinoma intraductal, es un cáncer de mama en el revestimiento de los conductos galactóforos que todavía no ha invadido tejidos cercanos. Sin tratamiento, puede progresar a cáncer invasivo.
- El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) es un marcador del aumento del riesgo de cáncer invasivo en la misma o ambas mamas.

Muchos cánceres de mama son sensibles a las hormonas estrógenos, lo cual significa que dicha hormona hace que el tumor canceroso mamario crezca. Tales cánceres tienen receptores de estrógenos en la superficie de las células y se denominan cáncer positivo para receptores de estrógenos o cáncer positivo para RE.

Algunas mujeres tienen cáncer de mama positivo para HER2, que se refiere a un gen que ayuda a que las células crezcan, se dividan y se reparen por sí mismas. Cuando las células (entre ellas las cancerosas) tienen demasiadas copias de este gen, se multiplican más rápidamente. Hasta ahora las mujeres con cáncer de mama positivo para HER2 tienen una enfermedad más agresiva y un riesgo mayor de que ésta reaparezca (recurrencia) que las mujeres que no tienen este tipo de cáncer. Es posible que esto comience a cambiar gracias a los tratamientos dirigidos específicamente contra el gen HER2²⁰.

2.3 Terapia adyuvante

Es tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer recidiva. La terapia adyuvante puede incluir quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida o terapia biológica¹⁸

- **Quimioterapia:** La quimioterapia consiste en una combinación de medicamentos que han de ser administrados periódicamente durante un tiempo para eliminar las células cancerosas. Los medicamentos utilizados son tóxicos para las células y se aprovecha de la falta de control y crecimiento desordenado de las células tumorales para cumplir con su misión: reducir o eliminar el tumor¹⁸
- **Radioterapia²¹:** es el uso de determinado tipo de radiación llamada «radiación ionizante» para destruir células tumorales y así disminuir el tamaño de los tumores e incluso lograr que desaparezcan²². Tiene una acción local sobre una enfermedad localizada; por tanto lo eficaz de la radiación y los eventuales efectos secundarios son localizados²³.
- **Hormonoterapia:** empleo terapéutico de las hormonas. Puede llevarse a cabo de 4 maneras, sintomático; cuando se pretende eliminar o disminuir ciertos síntomas, sustitutivo cuando se utiliza para sustituir la deficiencia natural de la misma, compensador cuando se compensa un desequilibrio hormonal e inhibidor cuando al administrar la hormona lo que se pretende es dejar la glándula en reposo²⁴.

2.4 Cuestionario SF 36, (versión 2)

Es un cuestionario de salud desarrollado para el *Medical Outcome Study* (MOS) por Ware y Sherbourne en 1992, que a partir de 36 ítems pretende medir dos dominios con 8 dimensiones: Salud física (función física, rol físico, dolor corporal, salud general) y Salud mental (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental)²⁵; todo esto es, conceptos que no son específicos de una patología, tratamiento o edad. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Los resultados de cada una de las dimensiones, son codificados y

transformados en una escala que va desde 0 (el peor estado de la salud) hasta 100 (el mejor estado de la salud), y si bien, el cuestionario no está diseñado para dar un índice global, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen: Física y Mental. Las medidas de resumen hacen posible reducir el número de comparaciones estadísticas implicadas en el análisis del SF-36 de ocho dimensiones a dos, sin la pérdida de su potencial para distinguir entre resultados de salud física y mental, ya sea en estudios transversales o longitudinales. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales^{25, 26}. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS²⁵.

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols., fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos, de la cual se seleccionó el menor número posible de conceptos que mantuvieran la validez del instrumento inicial. Se trata de una herramienta auto administrada, aunque también se ha utilizado en forma de entrevista personal y vía telefónica, destacando que la consistencia interna no varía entre ellas.^{25, 26, 27}

Alonso y cols, han validado la versión castellana del SF-36, con un valor de alfa de Cronbach superior a 0,7 (considerado como bueno) en todos los dominios (rango de 0,71 a 0,94), excepto en la relación social (alfa = 0,45); por tanto, es recomendable para valoraciones de calidad de vida.^{25, 26}

En 1996, se introdujo la versión 2.0 del SF-36 (SF-36v.2), para corregir las deficiencias identificadas en la versión original. Algunas de éstas, son mejoras en las instrucciones y simplificación de las frases, haciéndolas más familiares y menos ambiguas, también hay una mejor disposición de las preguntas y respuestas lo que hace más fácil la lectura y reduce la omisión y además se aumentan las semejanzas con las traducciones y las adaptaciones culturales que existen de este cuestionario^{26, 27}

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo, transversal

2. Población, muestra de estudio y muestreo

La población diana: Está constituido por 160 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama en los años 2008- 2010, después de un año de haber finalizado terapia adyuvante.

Población accesible: Estará conformada por aquellas pacientes mastectomizadas por cáncer de mama en los años 2008- 2010, después de un año de haber finalizado su terapia adyuvante, pertenecientes al departamento de Lambayeque, que tengan como sede el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el periodo de estudio.

Población elegible: Estará conformada por aquellas pacientes que cumplen los criterios de inclusión y los de exclusión.

Muestreo: No se realizó cálculo estadístico de muestra, realizándose un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyéndose a todos los pacientes que hubiesen cumplido con los criterios de selección

2.1 Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que hayan sido mastectomizadas del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante los años 2008 – 2010
- Mujeres mastectomizadas que hayan recibido como esquema terapéutico quimioterapia / Quimioterapia y Radioterapia.
- Pacientes con un tiempo mínimo de 1 año de finalizado esquema terapéutico
- Pacientes que se encuentren recibiendo o no Terapia de reemplazo hormonal
- Pacientes ubicables actualmente en domicilio o por vía telefónica en la provincia de Chiclayo y/o en consulta en Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres con enfermedad crónica severa al momento de la entrevista
- Mujeres que tenga idioma diferente al español
- Pacientes con deterioro cognitivo que impida responder el cuestionario.
- Presencia de otra neoplasia maligna activa.
- Mujeres que hayan presentado mastectomía bilateral.

El proceso de selección de las participantes aparece en la figura 1 (anexo 4).

3. Métodos, técnicas y recolección de datos

Los métodos empleados en esta investigación fueron: la aplicación de ficha de datos demográficos- clínicos y la encuesta SF 36 V2, por parte de los autores, que se realizó a todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, obtenidos de los registros y base de datos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Las pacientes que fueron seleccionadas para formar parte del estudio, de les entrevistó previamente para obtener el consentimiento informado y se les comentó acerca del secreto ético de la información y que podrían retirarse de la investigación cuando lo consideraran.

Al aceptar la paciente, se aplicó las encuestas mediante entrevista personal en el domicilio o en los consultorios externos de oncología, y aquellos no ubicables en los lugares mencionados, se realizó llamadas telefónicas, para la aplicación de los instrumentos.

4. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Numérica discreta		intervalos	razón	años
Raza	Categórica politómica		- Negra - Blanca - Mestiza	Nominal	

Estado civil	Catagórica Politómica		<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Viuda - Divorciada - Conviviente 	nominal	----- ---
Religión	Catagórica Politómica		<ul style="list-style-type: none"> - Católica - Evangélica - Testigo de Jehová - Otros - No creyente 	Nominal	
Grado de instrucción	Cualitativa		<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Superior completo - Técnico completo - Superior/técnico incompleto 	ordinal	----- --

Ocupación	Cualitativa		<ul style="list-style-type: none"> - Estudiante - Empleadora - Empleada público o privado - Obrera - Trabajadora independiente - Trabajadora doméstica remunerada - Trabajadora doméstica no remunerada - Jubilada 	nominal	----- -----
Tiempo desde la mastectomía	Numérica discreta			razón	meses
Tiempo desde la finalización de la quimioterapia	Numérica discreta			razón	meses
Tipo de mastectomía	Categorica dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> - Total - Parcial o segmentaria 	nominal	----- -

Esquema terapéutico			<ul style="list-style-type: none"> - Quimioterapia - Quimioterapia más radioterapia 	nominal	----- -
Tratamiento hormonal	Categórica Dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> - Si - no 	Nominal	
Comorbilidad	Categórica politómica	Clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - HTA - Diabetes Mellitus - Enfermedad coronaria - Asma - EPOC 	nominal	-----
Calidad de vida	Discreta numérica	<ul style="list-style-type: none"> - Función física - Rol físico - Dolor corporal - Salud general - Vitalidad - Función social - Rol emocional - Salud mental. 	SF 36	Nominal	----- --

5. Plan de procesamiento para análisis de datos

El análisis estadístico consistió en el ingreso de los datos y las variables a estudiar primero en una base de datos de Microsoft Excel y luego utilizando el paquete estadístico STATA 11. Para la puntuación se usó el manual de puntuación de la versión española del SF-36. La variable calidad de vida se usó en diferentes medidas: en primer lugar se obtuvieron los promedios de cada ítem de una escala, en segundo lugar cada puntaje se transformó en una escala de 0 a 100 en la que el puntaje más alto indica mejor calidad de vida, teniendo de acuerdo con los parámetros establecidos. Cada una de las variables se midió por medio de promedios y desviación estándar. Los valores superiores o inferiores de 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente. Se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, Se verificó la normalidad, y se obtuvo frecuencias para las variables categóricas. En cuanto a la comparación de los valores de calidad de vida entre los distintos grupos, se utilizó el test de ANOVA y T student para las variables con distribución normal, y los casos que no tenían distribución normal se utilizó el análisis bivariado con U de Mann-Whitney.

6. Procedimiento para garantizar aspectos éticos

Se elaboró un documento de consentimiento informado (anexo3), en la cual la paciente recibió toda la información necesaria sobre su participación en la investigación, como el tipo de instrumento que se le solicitará responder y el tiempo que tomará su resolución; la cual será anexada a los cuestionarios a responder.

La participación fue totalmente voluntaria, se les garantizó a los participantes que la información que se recogía es confidencial y anónima, asignándose un código de identificación para cada encuesta, a la cual sólo tendrían acceso los investigadores. No se usó con ningún otro propósito fuera de los objetivos de esta investigación.

La investigación no presentó riesgo alguno, que atente contra la vida del participante. La participación fue totalmente gratuita y la paciente tendrá acceso a la información de los resultados en el momento que los solicite. Además se les explicó que podían retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tenían el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Toda la investigación fue sometida a una evaluación y aprobación por el comité de Bioética de la facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

IV. RESULTADOS

Se revisaron 167 historias de los años 2008-2010; fueron elegibles 123. Aceptaron participar 100 (18,7% de no respuesta). Figura 1. (Anexo 4)

Se aplicó la encuesta a 43 (43%) participantes vía telefónica y a 57 (57 %) en su domicilio y/o consultorio externo del Servicio Oncología del Hospital. La edad promedio fue de 56,2 +/- 10,6, rango: 32-76 años; no tuvo distribución normal: (Shapiro Wilk; p=0.01317) el 29% fueron mayores de 65 años, las otras características sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1: Características sociodemográficas de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama entre los años 2008- 2010, después de un año de terapia adyuvante en el HNAAA

Características Sociodemográficas	N	%
Edad		
57-64 años	19	19
51-56 años	24	24
<50 años	28	28
>65 años	29	29
Raza		
Negra	2	2
Blanca	8	8
Mestiza	90	90
Estado civil		
Conviviente	7	7
Divorciada	7	7
Soltera	8	8
Viuda	26	26
Casada	52	52
Religión		
Otros	1	1
Evangélica	5	5
Católica	94	94
Grado de instrucción		
Superior /técnico completo incompleto	1	1
Analfabeta	3	3
Primaria completa	9	9
Primaria incompleta	13	13
Secundaria completa	15	15
Técnico completo	18	18
Superior completa	20	20
Secundaria incompleta	21	21
Ocupación		
Obrera	4	4
Trabajadora del hogar (remunerada)	4	4
Empleadora	8	8
Jubilada	13	13
Trabajadora independiente	20	20
Empleada (pública o privada)	25	25
Ama de casa	26	26
Total	100	100

Catorce, (8,3%) de las mujeres mastectomizadas por Cáncer de Mama entre los años 2008-2009, fallecieron antes de ser incluidas en el estudio.

En la Tabla 2 se recogen las características clínicas: 40% fueron mastectomizadas en el año 2009, 54% fueron sometidas a mastectomía radical y 63% recibió un esquema terapéutico basado en quimioterapia y radioterapia.

Tabla 2. Características clínicas de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama en los años 2008-2010, después de un año de terapia adyuvante en el HNAAA.

Características clínicas	N	%
Año de mastectomía		
2008	30	30
2009	40	40
2010	30	30
Tipo de mastectomía		
Radical	54	54
Parcial	46	46
Esquema terapéutico		
Quimioterapia y radioterapia	63	63
Solo Quimioterapia	37	37
Con Tratamiento hormonal actual	42	42
Con Comorbilidad	45	45

El 45% del total de participantes presento algún tipo de comorbilidad: Hipertensión arterial (35%), Diabetes Mellitus (20%), ambos (7%), enfermedad coronaria (6%), Hipertensión y enfermedad coronaria (2%) y Asma (2%).

El 100% de las participantes tuvieron buena calidad de vida: Salud Mental 73,6 +/- 5,9 y Salud Física 75,6 +/- 4,8. Los puntajes de Salud Mental y Salud Física no tuvieron distribución normal: (Shapiro Wilk; $p < 0,001$ en ambos). Los promedios y desviaciones estándar por dimensión del SF36 fueron: vitalidad (81,49 +/- 14,9) salud mental (80,46 +/- 21,6) función social (75,73 +/- 18,6), dolor corporal (75,4 +/- 21,0), rol físico (73,63 +/-

38,8), función física (72,82 +/- 21,2), rol emocional (70,71 +/- 40,8) y salud general (64,85 +/- 19,6).

No hubo diferencias significativas en la calidad de vida en el dominio Salud Mental según tipo de mastectomía, esquema terapéutico, presencia de tratamiento hormonal actual, comorbilidades, año de mastectomía ni edad, los resultados se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3: Valores de los Dominios Salud Mental y Salud física según características clínicas: Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque 2008 – 2010.

	Salud Mental			Salud física		
	Media	DE	p	Media	DE	p
Tipo de mastectomía						
Radical	81,37	19,7		73,72	17,1	
Parcial	79,39	23,8	0,7266	73,39	19,08	0,7791
Esquema terapéutico						
Solo quimioterapia	71,47	24,2		70,64	19,7	
Quimioterapia y radioterapia	77,93	22,5	0,4562	75,28	16,8	0,2083
Tratamiento hormonal actual						
Presente	83,02	20,9		76,11	17,05	
Ausente	78,60	22,1	0,3707	71,72	18,5	0,2400
Comorbilidades						
Presente	78,54	21,3		76,86	16,5	
Ausente	73,08	24,6	0,3013	70,87	18,8	0,1653
Año de mastectomía						
2008	75,25	23,6		76,53	19,08	
2009	81,22	18,9	0,3460	75,77	16,02	0,0404
2010	68,25	26,6		67,66	18,5	

Edad						
<50 años	83,55	15,5		81,36	11,5	
51-56 años						
57-64 años	75,95	18,2	0,8256	73,20	17,5	0,0572
>65 años	68,33	29,1		66,45	20,6	
	73,75	26,3		72,55	19,06	

DE: desviación estándar
p: valor p

En el dominio Salud Física si se hallaron diferencias significativas en la calidad de vida según año de la misma (mejor en el 2008; $p= 0,0404$) y por rango de edad (mejor en las mujeres menores de 50 años; $p= 0,0572$). Tabla 4.

Tabla 4: Análisis bivariado entre la edad, el estado civil el grado de instrucción y los Dominios Salud Mental y Física: Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un hospital de Lambayeque 2008 – 2010

	Salud Mental			Salud Física		
	Media	DE	p	Media	DE	p
Edad menor de 50 años	83,7	15,64		81,4	11,50	
Edad mayor de 50 años	72,9	24,9	0.0157	70,9	19,03	0.1144
Con pareja ^a	77,9	20,73		74,7	17,4	
Sin pareja ^b	72,4	26,53	0.681	72,04	19,03	0.6737
Grado de instrucción						
Grupo 1 ^c	83,7	15,63		81,4	11,5	
Grupo 2 ^d	72,9	24,9	0,115	70,98	19,03	0,01

a: conviviente, casada

b: soltera, viuda, divorciada

c: sin instrucción, primaria completa e incompleta

d: secundaria completa e incompleta, superior/ técnico completo e incompleto.

p: valor p

DE: desviación estándar.

Se halló una correlación débil y negativa entre la edad en años y los valores del dominio Salud Física y Salud Mental: r de pearson = -0.2531 y -0.1878, respectivamente. Asimismo la correlación fue moderada y positiva entre los valores de los dominios Salud Mental y Salud Física (r de pearson = 0,7482)

V. DISCUSIÓN

El porcentaje de respuesta fue adecuado (81,3%); el 100 % de las participantes mostraron buena calidad de vida, hallazgos similares a los de Hartl, en el 2010 en Alemania mediante el cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del cáncer (EORTC QLQ-BR23). Se evaluó a las pacientes a las 2 semanas, 6, 12, 18 y 24 meses después de la mastectomía, observando mejora en la calidad de vida con el tiempo²⁸. Sin embargo en éste estudio no se evaluó la presencia de quimioterapia y/o radioterapia. En la mayoría de los estudios las sobrevivientes de cáncer de mama muestran un buen estado de salud global, similar o en algunas ocasiones superior a la población sana para este grupo de edad^{15, 29, 30}.

Mols F et.al, en países bajos en el 2005, en una revisión sistemática en sobrevivientes de cáncer de mama a largo plazo (> 5 años), halló que las mujeres con buena calidad de vida, no tenían comorbilidades, recibieron suficiente apoyo emocional de familiares y amigos, tuvieron ingresos económicos altos y no recibieron quimioterapia. Sin embargo el seguimiento en nuestro estudio fue menor (máximo tres años), no se tomó el dato de soporte familiar y no se midió el ingreso económico¹⁰. Moro en España en el 2005 en una cohorte prospectiva de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama halló que la calidad de vida al año era mejor que al mes¹⁴. Bloom en EEUU en el 2007, halló que las

supervivientes de cáncer de mama a largo plazo experimentan de buena a excelente calidad de vida, que mejora con el tiempo y con el apoyo social en especial en el dominio psicológico³¹.

Las dimensiones del SF 36 con menor puntaje fueron salud general y rol emocional. En relación al primero, sus posibles causas son el dolor, la fatiga y la limitación para el desarrollo de las actividades cotidianas, síntomas que persisten años después de la mastectomía^{29, 30}. En cuanto a rol emocional, puede ser que la perspectiva de las pacientes y el estrés derivado de este, puedan perpetuar la tensión relacionada con una posible recurrencia durante el seguimiento empeorando la calidad de vida^{32, 33}. Sin embargo el promedio de la dimensión salud mental (más adecuada para medir trastornos mentales) fue de 80,46 +/- 21,6. Además no se utilizaron test validados para el tamizaje de depresión y/o ansiedad por lo que no se puede dar más detalles al respecto. Las dimensiones con mayor puntaje fueron vitalidad y salud mental, hallazgo diferente al de Soares en Brasil en el 2013, quien halló que la función física y social eran las de mayor puntaje y las dimensiones con menor puntaje fueron rol físico y vitalidad¹⁵. Estas discrepancias posiblemente se deban a que el estudio citado es un caso control y que las poblaciones provienen de lugares diferentes. En nuestro estudio todas las pacientes seguían controlándose por consulta externa. Sin embargo no se tiene el dato del porcentaje de mujeres que recibieron evaluación psicológica; esta no es una evaluación rutinaria de las pacientes en esta institución. Los problemas de salud mental probablemente pueden apreciarse con un mayor tiempo de seguimiento, a medida que se sienten libres de la enfermedad y notan alteraciones en su imagen corporal.

El no encontrar diferencias en la calidad de vida según el tipo de mastectomía, es similar a lo encontrado por Soares P en Brasil¹⁵ y diferente al estudio de Royo en el 2011 en España, en un estudio prospectivo, si halló diferencias en la calidad de vida favor de la cirugía conservadora⁸ Ohsumi Sh en el 2004-2005 en Japón halló que las pacientes con mastectomía conservadora presentaban ligera mejoría en su calidad de vida en comparación a las sometidas a mastectomía total a los 5 años³³. Posiblemente no se hallaron diferencias según tipo de cirugía, por no haber hecho exéresis de ganglio centinela, con una menor agresión axilar y menor linfedema secundario^{34, 35} fenómenos frecuente, de lenta recuperación que puede durar hasta 20 años después de la intervención, en algunos casos incapacitante^{36, 37}. Respecto al año de mastectomía, las mastectomizadas en el 2008 presentaron mejor calidad de vida en el dominio salud Física, probablemente por el mayor tiempo de adaptación a las secuelas del tratamiento quirúrgico y a la disminución de los efectos secundarios de la terapia adyuvante como lo muestra Royo, quien describió una mejoría de la calidad de vida al aumentar el tiempo de supervivencia⁸.

En Lambayeque, el único estudio sobre calidad de vida en mastectomizadas es el de Soto-Cáceres, en el 2012, en el que se evaluó la calidad de vida en pacientes utilizando el cuestionario EORTC QLQ-BR2; sin embargo compara a mujeres con y sin mastectomía radical, hallando que no existían diferencias en la calidad de vida entre ellas¹³, resultados que se asemejan a los nuestros; sin embargo en nuestro estudio si se analizó la asociación con quimioterapia y/o radioterapia. Montazeri A et. al en el 2008 en Irán, en un estudio prospectivo, halló que las pacientes con cáncer de mama percibieron beneficios de su tratamiento adyuvante, sin encontrar diferencias en la calidad de vida según el esquema terapéutico recibido³⁸. Ahn Sh en el 2007, en Corea, halló que las mujeres mastectomizadas

que habían recibido quimioterapia y/o quimioterapia-radioterapia al compararlas con la población general tenían buena calidad de vida³⁹. La mayoría de estudios hallan que los cambios provocados por la quimioterapia y radioterapia ocurren durante el primer año y van disminuyendo con el tiempo, afectando cada vez menos, la calidad de vida^{40, 41}. Sin embargo Koch L et al, en Alemania en el 2013, en una cohorte de sobrevivientes de cáncer de mama a los 10 años, halló que éstas mujeres siguen experimentando restricciones en su vida y síntomas como dolores en miembros superiores, como secuela de los tratamientos⁴². En nuestro estudio la evaluación (hecha en el 2012) fue de pacientes mastectomizadas en el 2008, 2009 y 2010. Se halló que hubo mejor calidad de vida en menores de 50 años. Dorval M et al, en 1998 en Canadá, encontró que las menores de 50 años sometidas a mastectomía parcial tenían menos angustia y tristeza y mejor calidad de vida⁴³. Mols y col, hallaron que las jóvenes que sobrevivieron al cáncer de mama sin recurrencias alcanzaron una calidad de vida física y mental similar a la del momento del diagnóstico¹⁰. En las jóvenes, los síntomas derivados del tratamiento son más frecuentes, pero dada su mayor adaptabilidad psicológica y el mayor soporte social y familiar⁴³, alcanzan mejor calidad de vida. La edad es descrita como una característica que mejora la calidad de vida^{10, 17}. Asimismo, algunos autores, afirman que los efectos adversos de la quimioterapia en menopaúsicas pueden durar de 5 a 10 años después del diagnóstico^{40, 44}

En cuanto al nivel de educación, se encontró que las mujeres sin instrucción, con primaria completa e incompleta, presentaban mejor calidad de vida en el dominio Físico en comparación con aquellas mujeres que tenían secundaria, superior completo o incompleto; datos que discrepan con los de la revisión sistemática de Mols y col, quienes concluyen que la mejor calidad de vida prevalece entre las sobrevivientes con un logro educativo

superior¹⁰. No encontramos explicación a este hallazgo. El tener pareja podría asociarse a una mejor calidad de vida, según estudios previos²⁹. El soporte familiar y el de los profesionales de la salud no fueron medidos en nuestro estudio. Además no se halló asociación entre la calidad de vida y el tener pareja (valores p para la Dimensión salud mental y física: 0,67 y 0,68, respectivamente). Contrariamente, Mols halló que tener pareja se asoció a mejor bienestar físico¹⁰.

Un probable sesgo de recuerdo pudo presentarse en la encuesta SF 36, ya que se recopiló información sobre el estado de salud en las últimas 4 semanas

Existe también un sesgo de selección, pues solo se midió la calidad de vida en las sobrevivientes y en aquellas cuya historia clínica fue hallada. Asimismo no se revisaron las historias clínicas de las pacientes fallecidas. El porcentaje de no respuesta (18,7%) y el haber aplicado el Instrumento vía telefónica (43%) pueden haber contribuido al sesgo de información. Sin embargo en varios estudios como el de Grao C en España en el 2007 se ha usado el SF 36 vía telefónica sin ningún inconveniente.^{45, 46, 47, 48.}

El SF 36 no es específico para pacientes con cáncer de mama, sin embargo ha resultado útil para evaluar la calidad de vida en otros pacientes con cáncer.

Es recomendable la evaluación de la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama mastectomizadas, dentro de un programa de seguimiento con un equipo multidisciplinario para incorporar en forma temprana intervenciones psicosociales¹⁰.

VI. CONCLUSIONES

1. Las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en los años 2008- 2010, después de un año de haber finalizado su tratamiento adyuvante, en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, presentan buena calidad de vida en el 100%, en los dominios de Salud General y Salud física.
2. No existe diferencia en la calidad de vida en las mujeres mastectomizadas según el tipo de esquema terapéutico adyuvante.
3. No hay diferencias en la calidad de vida según tipos de mastectomía parcial y total, sin embargo las mastectomizadas en el 2008 presentaron mejor calidad de vida en el dominio salud Física.
4. Las mujeres sin instrucción, con primaria completa e incompleta, presentaban mejor calidad de vida en el dominio Físico en comparación con aquellas mujeres que tenían secundaria, superior completo o incompleto. Además no se halló asociación entre la calidad de vida y el tener pareja
5. Las mujeres jóvenes mastectomizadas por cáncer de mama, presentan mejor calidad de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GLOBOCAN 2008 database: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide [database en Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2010 [citado 1 junio 2012]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr>.
2. American cancer society. Cancer facts & figures for Hispanics/latinos 2012-2014. [documento en internet] Atlanta, GA: American Cancer Society 2013 [citado el 23 de septiembre del 2013]. Disponible en: www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-034778.pdf
3. IARC. Chapter 1. The global burden of cancer. [página web]. The world cancer report. Lyon: International Agency for Research on Cancer 2003 [citado el 01 junio del 2012]. Disponible en: www.iarc.fr
4. Díaz-Vélez C. Boletín de registro hospitalario de cáncer 2007- 2012. Oficina de Inteligencia Sanitaria Red Asistencial Lambayeque Essalud. [Internet] 2010 [citado 12 de febrero del 2014]. Disponible en: www.slideshare.net/cristiandiazv/registro-hospitalario-de-cancer-2007-2012
5. American cancer society. Global cancer facts and figures 2007. [documento en internet] Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.[citado el 1 de junio del del 2012] disponible en: www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf

6. Verdecchia A , Francisci S , Brenner H, Gatta G , Micheli A , Mangone L , et al . Recent cancer survival in Europe: A 2000 –2012 period analysis of EURO CARE-4 data. *Lancet Oncol* [internet] 2007 [citado el 7 junio del 2012]; 8. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204507702462
7. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer*. 2001 Oct; 37 Suppl 8:S4-66. PUBMED PMID: 11602373
8. Royo A. Calidad de vida en pacientes intervenida de cáncer de mama. [Tesis en internet]. Barcelona 2001 [citado el 21 de marzo del 2012] disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf
9. Monés, J. 2004. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *Cirugía Española*. [internet]. 2004 enero [citado el 01 de junio del 2012] 76(2). Disponible en: aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2004/Agosto2.pdf
10. Mols F, Vingerhoets A, Coebergh J, Van de Poll-Franse. Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*. [Internet] Noviembre 2005 [citado 12 de enero 2014]; 41(17). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16226458
11. Domínguez G et al. Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index de Enfermería* [Internet] 2009 [citado 12 de junio del 2012]; 18(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7038.php>>
12. Braña B, Carrera D, et al. Supervivientes de Cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. España. *Enferm Clin*. [Internet] 2012 [citado 28 de marzo del

2012]; 22(02). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/supervivientes-cancer-mama-calidad-vida-diagnosticos-prevalentes-90104724-originales-2012>.

13. Soto-Cáceres R , Soto-Cáceres V. Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almazor Aguinaga. Chiclayo. Rev cuerpo Méd HNAAA [Internet] Febrero 2013 [citado 23 de enero 2014]; 6(1). Disponible en: www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag25-29.pdf

14. Moro D, Peiró S, Buch E, Caballero A, Morales D, Martínez A, Checa F, Ortega J. Evolution of Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients during the First Year of Follow-Up. *J Breast Cancer*. 2013 31 de marzo, 16(1): 104–111. PubMed PMID 3625756

15. Soares P et al. The quality of life of disease- free Brazilian breast cancer survivors. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] julio 2013 [citado el 20 de enero 2013]; 47(1):69-75. Disponible en: www.ee.usp.br/reeusp/

16. Ferriols R., Ferriols F., Alós M., Magraner J. Calidad de Vida en Oncología Clínica. *Farm Hosp* [Revista en internet] 1995 [Acceso: 12 de mayo del 2012] 19(6): 315-322. Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF

17. Ganz P, Kwan L, Stanton A, Krupnick J, Rowland J, Meyerowitz B, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2004 03 de marzo, 96(5):376–387. PubMed PMID 14996859

18. Instituto nacional de cáncer. Página en internet. Disponible en: <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=444971>
19. Secretaria de salud. Cáncer de mama. Boletín de práctica médica efectiva. Estados unidos mexicanos. 2007. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/boletines/pme_19.pdf
20. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Página Web. [Modificada 03 de noviembre del 2011] USA. [Acceso 21 de enero del 2012] disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/treatment.htm
21. Ravazzani P. Radioterapia. Página en internet. Perú 2008. [Acceso 8 de junio del 2010] disponible en: <http://www.radioterapiaperu.com/>
22. Ponton JL. Tratamientos del cáncer. Página en internet. España - Catalunya 2008. [Acceso 8 de junio 2012] disponible en: <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2437/doc10885.html>
23. Instituto oncológico villa del mar. Radioterapia. Página en internet. Chile 2006 [acceso 8 de junio del 2012] disponible en: <http://www.institutooncologico.cl/radioterapia.htm>
24. Doctissimo. Definición de Hormonoterapia [pagina en internet] España 2012 [acceso 10 de febrero del 2012] Disponible en: <http://salud.doctissimo.es/diccionario->
25. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. Gac

Sanit. [Internet]. Abril 2005 [citado 12 de junio del 2010]; 19(2): 135-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.

26. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.

27. Ware JE, Jr., Kosinski M, Dewey JE. How to score version 2 of the SF-36 Health Survey. [Internet]. Lincoln RI: 2000. [citado el 09 de junio del 2012]. Disponible en: www.sf-36.org/tools/sf36.shtml

28. Härtl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psicooncología*. 2010 Febrero, 19. PubMed PMID: 19189279

29. Lee E, Lee M, Kim S, Ro J, Kang S, Kim S, et al. Health-related quality of life in survivors with breast cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a prospective cohort study. *Ann Surg*. 2011 enero, 253 (1):101–108. PubMed PMID 21294288

30. Altekruse S , Kosary C, Krapcho M , Neyman N , Aminou R , Waldron W, et al . SEER Cancer Statistics Review, 1975 – 2007. Bethesda, MD: National Cancer Institute. [internet] 2010 [citado 12 de enero del 2014]. Disponible en: seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2007/

31. Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psicooncología*. 2007 Agosto, 16(8):691-706. PubMed PMID: 17628036.
32. Liu Y, Perez M, Schootman M, Aft RL, Gillanders WE, Jeffe DB. Correlates of fear of cancer recurrence in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. [Internet] 2011 noviembre [citado 23 de enero del 2014]; 130 (1):165–173. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227390/
33. Ohsumi Sh, et al. Factors Associated with health-related quality of life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol*. 2009 agosto, 39(8): 491–496. PubMed PIMD 19520689
34. Wang Z, Wu L, Chen J. Sentinel lymph node biopsy compared with axillary lymph node dissection in early breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2011 octubre, 129(3): 675-689. PubMed PIMD 21743996
35. Mansel R, Fallowfield L, Kissin M, Goyal A, Newcombe R, Dixon J, et al. Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC Trial. *J Natl Cancer Inst*. 2006 Mayo, 98 (9):599-609. PubMed PMID 16670385
36. Kornblith A, Herndon J, Weiss R, Zhang C, Zuckerman EL, Rosenberg S, et al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cáncer*. 2003 15 de agosto, 98 (4): 679-689. PubMed PMID 12910510

37. Nesvold I, Reinertsen K, Fossa A, Dahl A. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2011 marzo [citado 23 de enero del 2014]; 5 (1): 62-72. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040353/?report=reader
38. Montazeri A, et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* [Internet] 2008 noviembre [citado 12 de junio de 2013]; 8:330. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/330>
39. Ahn Sh, et al. Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Ann Oncol* [internet]. 2007 [citado 23 de octubre del 2013]; 18 (1): 173-182. Disponible en: annonc.oxfordjournals.org/content/18/1/173.long
40. King M, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res*. 2000, 9(7):789–800. PubMed PMID 11297021
41. Koch L, Jansen L, Brenner H, Amdt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term (>= 5 years) cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Psicooncología*. 2013 enero, 22(1): 1-11. PubMed PMID 22232030
42. Koch L. Quality of life in long-term breast cancer survivors- a 10- year longitudinal population-base study. *Acta Oncológica* [internet] 2013 Agosto [citado 15 de enero del 2014]; 52 (6): 1119-1128. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0284186X.2013.774461>

43. Dorval M, et al. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. American cancer society [Internet].1998 15 de noviembre citado 12 de junio del 2012]; 83(10). Disponible en [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19981115\)83:10%3C2130::AID-CNCR11%3E3.0.CO%3B2-8/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0142(19981115)83:10%3C2130::AID-CNCR11%3E3.0.CO%3B2-8/full)
44. Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology*. 2008 abril, 17 (4):317–328. PubMed PMID 17721909
45. Grao C. El perfil de salud de Nottingham y el cuestionario de salud sf36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes. España universidad de Valencia 2007. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10073/grao.pdf;jsessionid=5650ECAD33CC2526ECD9B59109762235.tdx2?sequence=1>
46. McHorney C, Kosinski M, Ware J Jr. Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. *Med Care*. 1994 Jun, 32(6):551-67. PubMed PMID 8189774
47. Weinberger M, Oddone E, Samsa G, Landsman P. Are health-related quality-of-life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol*. 1996 Feb, 49(2):135-40. PubMed PMID 8606314
48. Ruiz I, et al. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. Vizcaya. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 2002 Junio [citado 5 de febrero del 2014]; 17 (4). Disponible en:

zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/validez-cuestionario-calidad-vida-sf-36-
como-indicador-13034009-originales-2002

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

Código
ficha**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**✓ **Datos epidemiológicos****Edad:****Raza**

- | | |
|-----------|-------------|
| 1. Negra | 3. Mestiza |
| 2. Blanca | 4. Oriental |

Estado civil:

- | | | |
|------------|---------------|----------------|
| 1. Soltera | 3. Viuda | 5. Conviviente |
| 2. Casada | 4. Divorciada | |

Religión

- | | | |
|---------------|----------------------|----------------|
| 1. Católica | 3. Testigo de Jehová | 4. Otros |
| 2. Evangélica | | 5. No creyente |

Grado de instrucción.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Analfabeta | 4. Secundaria completa | 6. Superior completo |
| 2. Primaria completa | 5. Secundaria incompleta | 7. Técnico completo |
| 3. Primaria incompleta | | 8. Superior/técnico incompleto |

Ocupación:

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Estudiante | 4. Obrera | 7. Trabajadora familiar (ama de casa) |
| 2. Empleadora/patrona | 5. Trabajadora independiente | 8. Jubilada |
| 3. Empleada (público o privado) | 6. Trabajadora del hogar (remunerada) | |

✓ Datos clínicos

Fecha de mastectomía:

Tipo de mastectomía: 1. Total 2. Parcial

Esquema terapéutico: 1. Quimioterapia 2. Quimioterapia y Radioterapia

Tratamiento hormonal actual: 1. Si 2. No

Comorbilidades:

1. Ninguna
2. HTA
3. Diabetes Mellitus
4. Enfermedad coronaria
5. Asma
6. EPOC

ANEXO 2.

Cuestionario de salud SF36 versión 2

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar una pregunta, *escriba la mejor respuesta posible*, no deje preguntas sin responder.

- 1) En general, usted diría que su salud es:
 1. Excelente
 2. Muy buena
 3. Buena
 4. Regular
 5. Mala
- 2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 1. Mucho mejor ahora que hace un año
 2. Algo mejor ahora que hace un año
 3. Más o menos igual que hace un año
 4. Algo peor ahora que hace un año
 5. Mucho peor ahora que hace un año

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

- 3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada
- 7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios metros)?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
- 12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

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

- 13) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 1. Sí
 2. No
- 14) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
 1. Sí
 2. No
- 15) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 1. Sí
 2. No
- 16) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
 1. Sí
 2. No

- 17) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1. Sí
 2. No
- 18) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1. Sí
 2. No
- 19) Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1. Sí
 2. No
- 20) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1. Nada
 2. Un poco
 3. Regular
 4. Bastante
 5. Mucho
- 21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1. No, ninguno
 2. Sí, muy poco
 3. Sí, un poco
 4. Sí, moderado
 5. Sí, mucho
 6. Sí, muchísimo
- 22) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1. Nada
 2. Un poco
 3. Regular
 4. Bastante
 5. Mucho

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

- 23) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
1. Siempre
 2. Casi siempre

3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 24) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 25) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 26) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 27) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca
- 28) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces
 4. Algunas veces
 5. Sólo alguna vez
 6. Nunca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34) Estoy tan sano como cualquiera.

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

35) Creo que mi salud va a empeorar.

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

36) Mi salud es excelente.

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

ANEXO 3



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE MEDICINA**

FICHA INFORMATIVA

Estudio de investigación: Valoración de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama durante los años 2008-2010, un año después de terapia adyuvante en el HNAAA.

La presente investigación es conducida por estudiantes de medicina humana del 6to año y por los médicos, Dr. Franco León Jiménez, médico Internista de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y Dr. Manuel Seminario médico Ginecólogo del HNAAA. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, tras un año de haber terminado su terapia adyuvante.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas en una encuesta realizada por los estudiantes a cargo, que tomará aproximadamente **15 minutos de su tiempo**. La participación en este estudio es voluntaria y la información será confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas y por lo tanto, serán **ANÓNIMAS**.

Este proyecto no presenta riesgo alguno, que atente contra la vida del participante. La participación es totalmente gratuita y usted tendrá acceso a la información de los resultados.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él y puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio de investigación: Calidad de vida en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama durante los años 2008-2010, un año después de terapia adyuvante en el HNAAA.

Yo _____

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de medicina del 6to año de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y los Dr. Franco León y Manuel Seminario, profesores de dicha universidad. He sido informada que el objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, tras un año de haber terminado su terapia adyuvante

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi

consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione problema alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la persona responsable:

Melissa Palacios Benzaquen

Teléfono: 978859187

Correo electrónico: melipaben@gmail.com

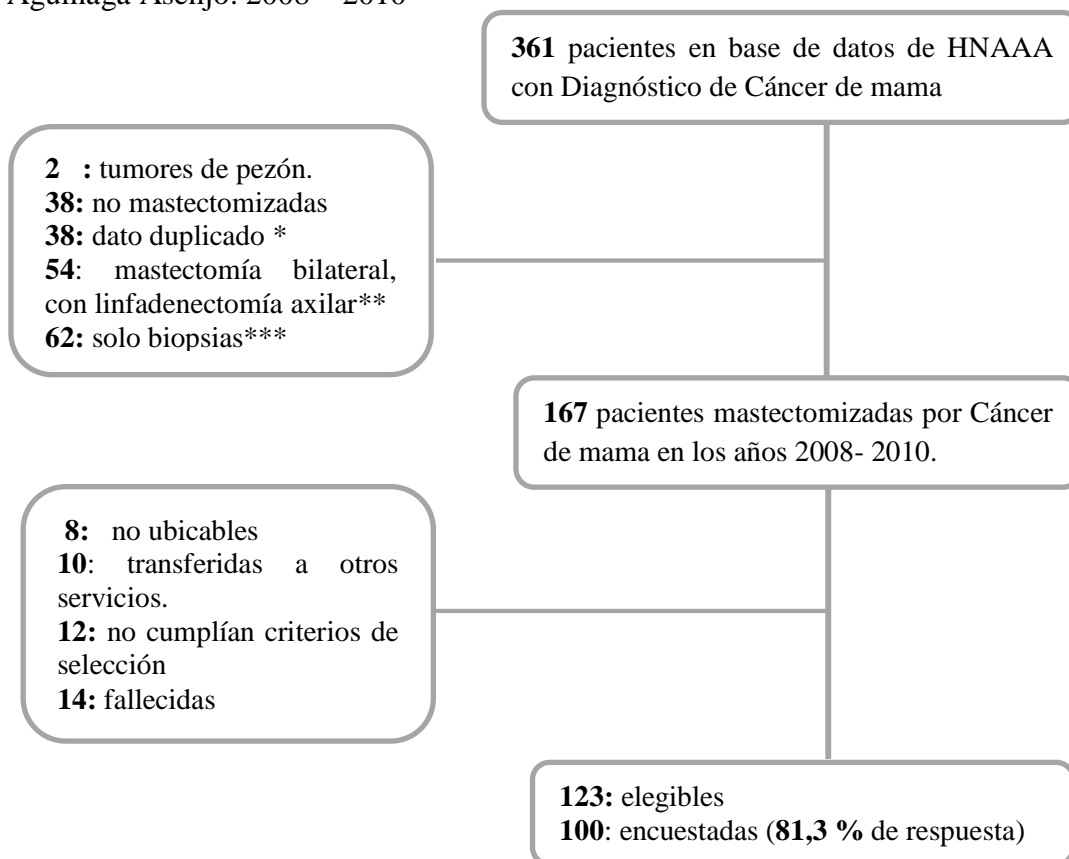
Fecha: _____

DNI:

Firma del Participante

ANEXO 4. FLUXOGRAMA DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Figura 1. Captación y selección de participantes del estudio: Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo: 2008 – 2010



*repetición de datos en base de información del HNAAA

** extirpación extensa de ganglios linfáticos axilares;

***biopsia de tumoración, no extracción ni mastectomía.