



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Álvarez Ruiz, María; Arroyo Rodríguez, Almudena. Impacto emocional tras mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11458.php>>

**CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERIA “SAN JUAN DE DIOS”
Universidad de Sevilla**

**DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA Y
REANIMACIÓN**

**TRABAJO FIN DE ESTUDIOS
CURSO 2015-16**

**IMPACTO EMOCIONAL TRAS MASTECTOMÍA EN MUJERES DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE**

**EMOTIONAL IMPACT AFTER MASTECTOMY ON WOMEN
SAN JUAN DE DIOS ALJARAFE HOSPITAL**

**MARÍA ÁLVAREZ RUIZ
Bormujos, Diciembre 2016**

CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA "SAN JUAN DE DIOS"
Bormujos, Sevilla

ANEXO I: AUTORIZACIÓN TFE

D/Dña: Almudena Arroyo Rodríguez

Profesor/a del Departamento: Enfermería

Acredita que:

El Trabajo Fin de Estudios titulado: Impacto emocional tras mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Realizado por D/Dña: María Álvarez Ruiz

Reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa públicas.

Sevilla, a 30 de Noviembre de 2016

El Tutor/a,

Fdo:

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mi tutora Almudena Arroyo, por su atención durante todo el proceso, por dedicar su tiempo, su rápida respuesta ante cualquier duda y su cuidado en cada detalle, además de su ánimo y confianza en todo momento.

Agradecer también al centro San Juan de Dios por las facilidades en el desarrollo y el material disponible durante todo el periodo de estudio.

Igualmente quiero agradecer a mis padres por ayudarme en todo lo que necesito y darme la oportunidad nuevamente de formarme en aquello que más me gusta. También a mis compañeros por sus ideas, consejos y aclaración de dudas.

Índice

0. Resumen	4
1. Introducción.....	6
2. Estado de la cuestión	
2.1 Antecedentes y lagunas de conocimiento	7
2.2 Marco teórico.....	13
2.3 Justificación.....	17
3. Objetivos: general y específico.....	19
4. Metodología	
4.1 Diseño del estudio.....	20
4.2 Sujetos de estudio.....	21
4.3 Fuentes de información	22
4.4 Técnicas de investigación	23
4.5 Fases del estudio. Procedimiento de actuación con cada participante. Procedimiento de recogida de datos	25
4.6 Categorías.....	27
4.7 Análisis de datos	28
4.8 Aspectos éticos	29
4.9 Limitaciones y prospectiva del estudio	30
5. Bibliografía	31
6. Anexos	
6.1 Anexo I	34
6.2 Anexo II	35
6.3 Anexo III	36
6.4 Anexo IV.....	37
6.5 Anexo V.....	38

Resumen

Justificación. Desde los años 70 comenzó a observarse un importante aumento de la mortalidad por cáncer de mama que comenzó a frenarse a principios de los 90, con el posterior descenso del 2% gracias a la detección precoz y los avances terapéuticos.

El cáncer de mama ha alcanzado la cuarta posición entre los cánceres más frecuentes entre la población general española, siendo en mujeres el más frecuente. Estas cifras advierten la importancia que tiene el cáncer como problema de salud y más concreto el cáncer de mama en la población femenina, por ello se deben impulsar programas de detección precoz y planes de cuidados hacia estas mujeres ya que se trata de un proceso crónico con importantes consecuencias tanto físicas como psicológicas.

Objetivo. El principal objetivo de este proyecto es describir el impacto psicológico y emocional tras una mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA).

Metodología. Se llevará a cabo un estudio fenomenológico con una población inicial de 20 mujeres sometidas a mastectomía, realizándose por tanto un muestreo teórico e intencional, donde el investigador obtendrá la información a través de dos entrevistas, una estructurada y otra no estructurada. La duración total de la investigación será de 13 meses.

Las categorías fijadas para la interpretación de los datos serán el tipo de intervención, red de apoyo familiar, tratamiento de quimioterapia y trastornos emocionales. El análisis estadístico se realizará con el programa Atlas.ti 7, sin olvidar el trabajo del investigador como principal partícipe del análisis de datos.

Palabras clave (DeCS): Mastectomía, estrés psicológico, análisis cualitativo.

Abstract

Justification. In the 70s it could be observed a significant increase in mortality from breast cancer that began to slow in the early 90s.

Breast cancer has reached fourth place among the most common cancers among the population, being more frequent in women. These figures warn the importance of cancer as a health problem and more specifically breast cancer in the female population, therefore it should be promoted early detection programs and plans of care to these women because it is a chronic process with important consequences both physical and psychological.

Objective. The main objective of this project is to describe the psychological and emotional impact after a mastectomy in women Hospital "San Juan de Dios Aljarafe"

Methodology. It is a phenomenological study with a population of 20 women operated on mastectomy, performing thus a theoretical and purposive sampling, where the researcher will get the information through two interviews, one is structured and another one is unstructured another. The total duration of the investigation will be 13 months.

The categories set for the interpretation of the data will be: the type of intervention, family support, chemotherapy treatment and emotional disorders. Data analysis will be done with the statistical package Atlas.ti 7.

Keywords (DeCS): Mastectomy, stress psychological, qualitative Analysis.

1. Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad de gran impacto mundial, es la principal causa de enfermedad oncológica en mujeres en España, adquiriendo una importante prevalencia en países desarrollados.

Cada vez son más las mujeres afectadas por esta enfermedad, todos tenemos a alguien cercano que ha pasado por el largo camino de la lucha contra el cáncer, un camino duro y en este caso con importantes consecuencias tanto físicas como psicológicas para la mujer. Actualmente los avances científicos, la amplia disponibilidad de recursos, las campañas de cribado-prevención han logrado disminuir la mortalidad de esta enfermedad pero aún se requieren grandes avances y esfuerzos para paliar las consecuencias de pasar por un proceso como es el tratamiento del cáncer de mama.

Anteriormente la investigación cualitativa era de escaso interés para la sociedad científica pero cada vez está adquiriendo mayor importancia como método de avance para la sociedad, ya que con ella descubrimos la importancia de los sentimientos, las conductas, las creencias y prácticas de las personas o comunidades. Para enfermería esto es fundamental, ya que nuestros cuidados engloban todos los ámbitos de las personas (cuidados biopsicosociales) por lo que resulta fundamental saber cómo se sienten, qué piensan o cómo les afecta esa situación de enfermedad en su vida.

En el presente trabajo nos planteamos las siguientes preguntas de investigación ¿Que sienten las mujeres mastectomizadas? ¿Cuál es el impacto emocional tras una mastectomía? ¿Cómo les afecta someterse a una mastectomía en su vida diaria? ¿Cuáles serian los medios necesarios para afrontar esta situación?

Esta inquietud surge tras conocer varios casos cercanos y observar el impacto emocional que sufren las mujeres tras someterse a una mastectomía y luchar contra el cáncer de mama. El diagnóstico de este tipo de enfermedades, suponen un fuerte estrés emocional tanto para la mujer como para su familia, seguido normalmente de un tratamiento de quimioterapia y frecuentemente de una intervención quirúrgica (mastectomía o cirugía conservadora) que suponen un importante cambio físico para la mujer.

Lo que se pretende con el siguiente trabajo es conocer qué sienten las mujeres sometidas a mastectomía, y qué consecuencias no solo físicas sino psicológicas aparecen en las mujeres sometidas a esta intervención. Estrés, ansiedad, depresión, miedo son sentimientos frecuentes que aparecen en la mayoría de pacientes que deben exponerse a una intervención quirúrgica y por tanto en las mujeres que son sometidas a una mastectomía y que posteriormente tendrán que convivir con las secuelas de dicha intervención. Ya que vencer el cáncer se trata de un proceso crónico que requiere cuidados continuados.

2. Estado de la cuestión

2.1 Antecedentes y lagunas del conocimiento

El cáncer es un problema de Salud pública a nivel mundial. Hoy en día se ha convertido en una enfermedad crónica causando una alta morbilidad y mortalidad.

El cáncer se caracteriza por un crecimiento anómalo y desorganizado de las células, provocado tanto por factores externos como internos ⁽¹⁾. Este trabajo se centrará en el cáncer de mama y la mastectomía como principal tratamiento.

El cáncer de mama consiste en una proliferación desorganizada de células de este tejido que puede llegar a producir un bulto o tumor. Éstos pueden ser benignos o malignos siendo estos capaces de ocupar tejidos adyacentes u otras partes del cuerpo ⁽¹⁾. Entre los tratamientos conocidos y que están siendo desarrollados en la actualidad se encuentran la quimioterapia, la radioterapia, los tratamientos hormonales y la cirugía. Este trabajo se centrará en el principal y más antiguo tratamiento del cáncer de mama, la mastectomía, técnica que ha tenido una importante evolución a lo largo de la historia.

La palabra mastectomía proviene del griego *mastos* que significa mama y *ektoméé*, extirpación, es decir extirpación de la glándula mamaria además de gran parte de la pared torácica y nódulos, pudiendo ser uni o bilateral ⁽¹⁻²⁾.

El tratamiento quirúrgico de los tumores de mama ha tenido una importante evolución a lo largo de la historia, desde simples incisiones y cataplasmas hasta importantes intervenciones con consecuencias mutilantes para la mujer, hasta los actuales tratamientos cada vez menos cruentos. Desde la antigüedad la cirugía ha sido la principal intervención terapéutica para el cáncer de mama, a lo largo de la historia las técnicas han ido variando. En el Renacimiento Miguel Servet aconsejó la extracción de músculo y ganglios axilares, con lo que se desarrolló la llamada mastectomía radical moderna. Pero no fue hasta el siglo XIX con Halsted y Meyer cuando la mastectomía como tratamiento para el cáncer de mama adquirió mayor difusión ya que se introdujo la mastectomía radical como intervención reglada. En este siglo se produjeron además dos grandes avances científicos en el campo de la cirugía, la introducción de la anestesia en 1846 y los primeros avances de la Antisepsia en 1867. Con la llegada del siglo XX se desarrolló la quimioterapia y la radioterapia ambos complementos actuales de la cirugía de mama en el tratamiento del cáncer de seno. En 1960 se desarrolló un gran avance en el tratamiento de esta patología, Baclesse sugirió que la tumorectomía seguida de radioterapia en estadios tempranos era tan efectiva como la mastectomía radical, siendo ya a finales de 1960 Spitalier precursor del tratamiento conservador del cáncer de mama, corriente muy defendida actualmente ⁽³⁾.

Por tanto se puede diferenciar dos tipos de cirugía de mama que son la cirugía radical o mastectomía y la cirugía conservadora. En la primera como ya se ha dicho se extirpa la glándula mamaria, piel y areola, mientras que en la cirugía conservadora se intervendría una parte de la mama con o sin piel. La extirpación de la areola-pezones también se considera conservadora. El objetivo de esta técnica es la mínima mutilación con un buen resultado cosmético, alcanzando la máxima información oncológica y el máximo control de la enfermedad ⁽⁴⁾.

2.1.1 Tipos de mastectomías e indicaciones ⁽³⁾

Dentro de las mastectomías existen varios tipos de mayor y menor agresividad:

Mastectomía radical de Halsted y de Meyer: extracción de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento total axilar. Ambos autores tenían técnicas distintas aunque con el mismo resultado en ambos, un resultado malísimo cosméticamente.

Mastectomía radical ampliada: a la mastectomía radical se le añade la extirpación de los ganglios de la mamaria interna. En desuso.

Mastectomía superradical: a la mastectomía radical se le añade la disección de los ganglios supraclaviculares, extirpando parte de la clavícula y primera y segunda costilla. Sin indicaciones actualmente.

Mastectomía superradical de prudente: a la cirugía superradical se le asocia una desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral. Sin indicaciones actuales.

Mastectomía radical modificada:

- a. Mastectomía radical modificada de Patey: se extrae la glándula mamaria y el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo.
- b. Mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss: se extrae la glándula mamaria y se realiza el vaciamiento axilar total.

De todas las mastectomías esta última es la más empleada actualmente.

Mastectomía simple: extirpación de la glándula sin realizar vaciamiento axilar. Se emplea con un fin paliativo.

Mastectomía subcutánea: se interviene la mayor parte de la glándula conservando la piel, pezón y areola, sin realizar vaciamiento axilar. Son dos los casos en los que se emplea esta técnica en mujeres con alto riesgo hereditario de aparición de cáncer de mama y en aquellas que presentan enfermedad mamaria de tipo benigno extenso ⁽³⁾.

Las indicaciones principales para realizar una mastectomía serían: imposibilidad de realizar cirugía conservadora o la paciente tras ser informada de los riesgos y beneficios no acepta este tipo de intervención, en aquellas pacientes que no sean beneficiarias de tratamiento adyuvante con radioterapia y en pacientes de edad avanzada ⁽⁴⁾.

Como ya se ha citado anteriormente la realización de una mastectomía es un proceso cruento y mutilante para la mujer, no solo por las consecuencias físicas posteriores a la intervención sino por el impacto emocional y psicológico que esto supone en su vida. Entre las principales complicaciones físicas postoperatorias se encuentran hematomas, seromas, dehiscencia e infección de la herida, contracturas del pectoral, alteraciones en la movilidad de las extremidades afectadas y linfedema resultado a largo plazo del vaciamiento axilar completo ⁽³⁾.

2.1.2 Aspectos psicológicos tras la mastectomía

En la actualidad enfermería no solo se centra en la enfermedad sino que trata y planifica los cuidados de los pacientes de una forma integral incluyendo todas las esferas que componen al ser humano.

Los senos en la mujer se consideran símbolo de belleza, sexualidad y distintivo de maternidad, cuando una enfermedad maligna irrumpe en ellos y en numerosas ocasiones provoca su pérdida, causa importantes cambios en la vida diaria de la mujer⁽⁵⁾.

Tradicionalmente las investigaciones científicas se enfocaban en el estudio de la mortalidad, epidemiología, etiología del cáncer y los avances en cirugía de mama, pero cada vez son más numerosas las investigaciones que se centran en el estudio psicosocial del cáncer y en este caso del impacto emocional y psicológico de la mastectomía⁽³⁾.

Se ha demostrado que un 30% de las mujeres sufren problemas psicológicos tras la mastectomía expresado por sentimientos de: mutilación, distorsión física, disminución de la autoestima, la actividad sexual y desarrollando actitudes depresivas, de culpa, temor y apatía⁽⁶⁻⁷⁾, por lo que sería necesario desarrollar terapias que ayuden a disminuir el impacto psicológico del tratamiento del cáncer de mama.

Ya en 1985 Claudel y Hernández estudiaron las consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y la mastectomía obteniendo resultados muy negativos sobre el estado anímico de las mujeres. Con el inicio del siglo XXI se ha producido un cambio en la visión que la sociedad tiene del cáncer, actualmente se ha reducido considerablemente su tasa de mortalidad y ha desaparecido el estigma que las mujeres padecían, gracias en gran medida al apoyo y publicidad de organizaciones contra el cáncer⁽⁸⁾.

En 2005 Suárez realizó un estudio con dos grupos de pacientes, un grupo fue sometido a mastectomía radical y el otro a tumorectomía, los resultados reflejaron que la capacidad de afrontamiento de las pacientes dependía del conocimiento sobre el proceso que poseían así como de su dominio cognitivo⁽⁹⁾. Otros autores encaminaron sus investigaciones a la relación existente entre la mastectomía y el cambio del mapa corporal de la mujer, llegando a la conclusión de que el impacto emocional dependerá del momento evolutivo en el que se encuentre⁽¹⁰⁾.

Para reducir el impacto psicológico que supone la mastectomía se apuesta actualmente por la cirugía de mama conservadora, de esta forma se obtienen mejores resultados en el ámbito psicológico. En esta línea, un estudio realizado con mujeres en Reino Unido obtuvo como conclusión que la cirugía conservadora es más aconsejable que la mastectomía radical si lo que se pretende es obtener buenos resultados estéticos y no afectar en la vida sexual de la mujer. La ansiedad en mujeres mastectomizadas con o sin reconstrucción posterior era parecida aunque el decaimiento anímico era mayor en las mujeres que no se reconstruyeron. Sin embargo las pacientes que se reconstruyeron las mamas mostraron mayor satisfacción con su cuerpo y mayor autoestima. Se resalta también en este artículo la satisfacción con el resultado operatorio de las mujeres que optaron por la reconstrucción, ésta dependía del nivel de expectativas de las pacientes, siendo mayor la decepción con el resultado estético en pacientes jóvenes menores de 30 años o depresivas^(6,11,12). Estos resultados se oponen a lo encontrado en otros estudios donde para mujeres de clase social media-alta no era primordial la reconstrucción sino la supervivencia

(11). Los testimonios recogidos en el estudio de Cândido-Alves muestran como para muchas mujeres aceptar la pérdida del seno era el único camino para curarse, para ellas “es mejor aceptarlo que morir sin intentarlo” (13).

Debido a las connotaciones sexuales que tienen los senos para las mujeres el proceso del cáncer y la mastectomía pueden afectar seriamente a su vida sexual. Vázquez se encargó de estudiar la adaptación sexual y la imagen de mujeres mastectomizadas aplicando diversas escalas, obteniendo como resultados que la mastectomía tiene un efecto nefasto en la estética de la mujer, su sexualidad y vínculo con su propio cuerpo, del grupo de estudio un 30% requirió ayuda psicológica para superar estos problemas. Señaló además como en pacientes jóvenes se ve comprometida tanto su feminidad como su capacidad maternal y de lactancia (14).

En este mismo ámbito de investigación destacan los resultados obtenidos en una muestra de mujeres colombianas donde la satisfacción sexual fue mayor en mujeres enfermas de cáncer que en la muestra de mujeres sanas, los autores justifican esta situación por el grado de aceptación de la enfermedad y la complicidad con la pareja (14-15).

Se ha de señalar otro aspecto fundamental para la mujer actual, la imagen corporal. La investigación cuantitativa de Segura-Valverde sobre la imagen corporal y la autoestima en mujeres mastectomizadas refleja que la autoestima dependiente de aspectos físicos fue peor en pacientes sometidas a cirugía conservadora y mastectomías radicales que en aquellas que estaban sanas, sin embargo no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes intervenidas. Con respecto a la autopercepción del “*Cuerpo Real*” no se observó diferencias entre los dos grupos de cirugía aunque sí se destacó mayor tolerancia de senos y axilas en mujeres sometidas a cirugía conservadora que a mastectomías (16). En esta misma tendencia otros autores sostienen que algunas áreas de la imagen corporal (desnudez o atractivo físico) sí se ven alteradas, aunque de forma general (salud y capacidad funcional) no obtienen resultados negativos (14). La mastectomía por tanto supone una disminución de la autoestima, desembocando en sentimientos de inseguridad en la mujer. La pérdida de autoestima puede dificultar el tratamiento del cáncer, esto añadido a la situación de estrés a la que están sometidas las pacientes favorece la ruptura biopsicosocial (17). La atención pasa a ser exclusiva a la zona dañada, causando distorsiones cognitivas debido a la desaparición de la simetría en el cuerpo, interpretándose como desfiguración (1).

El impacto emocional y psicológico de la mastectomía para la mujer se relaciona con sentimientos de dolor, sufrimiento, angustia, resignación, mutilación, timidez, tristeza, torpeza, desolación por la mutilación sufrida, etc. Las mujeres tienden a culparse ya que no saben cómo va a responder el entorno y principalmente su pareja, temen ser despreciadas, generando sentimientos de rechazo e inferioridad (17). Oliveira en su estudio sobre las implicaciones de la mastectomía en la vida diaria explica que el sentimiento de miedo expresado por las mujeres engloba tres aspectos: el miedo a perder su pareja, el miedo a la muerte y el miedo a la mutilación, este sentimiento acompaña a la mujer durante un largo periodo, desde que descubre el nódulo hasta después de la mastectomía (18).

Las creencias irracionales pueden dar lugar al desarrollo de conductas desadaptativas. Un estudio fenomenológico del Hospital Vall d' Hebron destaca

que en mujeres jóvenes asistir a eventos sociales puede suponer un gran sufrimiento ya que la ropa que normalmente se pondrían para dicho evento no se adecúa a su nueva figura, exponiéndose problemas como el uso de prótesis o el coste en ropa adaptada, además de la dificultad para encontrar ropa interior o de baño adaptadas a las prótesis y que a su vez no resten feminidad, hechos que causan que la mujer joven decida realizarse una reconstrucción ⁽¹¹⁾. El 33% de las pacientes de otro estudio mostraron que la mastectomía había cambiado sus patrones de relación, la frecuencia con la que discutían con sus parejas aumentó en un 18% de las mujeres, expresaron el 31% de ellas tener cierto malestar general, cubriéndose el 80% de las chicas más jóvenes durante el contacto con su pareja, así como en el 71% de las mujeres disminuyó su vida sexual ⁽¹⁹⁾.

La pérdida de la mama supone un hecho semejante a la pérdida de un ser querido, siendo necesario un periodo de luto, dependiendo por tanto la recuperación de la personalidad y apoyo sociofamiliar de la mujer. La tristeza es muy frecuente en las mujeres mastectomizadas ya que sienten que son menos femeninas y no pueden ejercer las funciones propias de su rol, estos sentimientos afectan tanto psíquica o físicamente entorpeciendo la recuperación ^(18,20). Por ello diversos autores coinciden en que las mujeres mastectomizadas desarrollan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad y depresión, siendo en pacientes jóvenes más frecuentes ya que se preocupan más por cuestiones económicas y su estado futuro de salud ⁽¹⁾. La mujer desempeña muchos roles: madre, esposa, trabajadora, cabeza de familia, pero cuando enferma pasa de dar cuidados a ser receptora de cuidados provocando ello ansiedad, angustia o preocupación ⁽¹³⁾.

Por ello es de especial importancia conocer los sentimientos de las pacientes que van a someterse a una mastectomía, sobre todo en la fase preoperatoria, identificando así futuros problemas. El profesional de enfermería tiene aquí un papel fundamental, identificando y educando al paciente logrando así modificar su conducta de salud, lo que llevará a mejorar la calidad de los cuidados.

La hospitalización supone un factor estresante para las mujeres ya que es un espacio desconocido para la mayoría, donde deben seguir unas normas y estar alejadas de la familia, el personal de salud se convierte en su principal referente pero a menudo la relación con los profesionales puede ser fría y poco comunicativa ⁽¹³⁾.

El miedo a la muerte es un factor de estrés expresado por las mujeres. Todo el equipo sanitario debe implicarse en el preoperatorio pero especialmente enfermería a través de la visita prequirúrgica puede reducir la ansiedad de las pacientes. A través de la información se puede reducir sentimientos de miedo, estrés o preocupación, sin embargo una de las principales carencias en el cuidado es la falta de información que puede empeorar la evolución postoperatoria ^(13,21).

Se ha registrado como el apoyo espiritual y la fe en Dios puede ser crucial para superar la enfermedad, ganar confianza y tener una visión positiva, según los relatos de algunas mujeres. Por lo tanto se debe tener en cuenta la importancia de las creencias religiosas sobre la enfermedad ya que el ámbito espiritual forma parte de la salud de las personas ⁽¹⁷⁾.

Enfermería no solo debe basarse en los conocimientos técnicos sino que debe atender aspectos físicos, emocionales y sociales, sistematizando sus cuidados. Los planes de cuidados ejecutados a través de los principales modelos de

enfermería resultarán fundamentales para facilitar la recuperación y posterior adaptación a la nueva situación de salud.

En el modelo de Roy se establece como actividad enfermera el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación, de esta forma se puede mejorar la interacción persona-entorno y facilitar la adaptación ⁽²²⁾. Enfermería en este caso debe facilitar la adaptación a su nueva situación de salud, a través de la comunicación con la paciente y el trabajo psicológico, se debe ayudar a la mujer a aceptar su nueva imagen y adaptarse a ella, así como facilitar la relación con su pareja y entorno más cercano, ayudando a retomar su rol.

Por otra parte es necesario destacar las carencias en investigación en cáncer en España, existe una falta de conexión entre la investigación clínica, básica y epidemiológica. No existe aún en España un sistema de almacenamiento y clasificación de tumores, ni un óptimo sistema de registro de tumores, estando muy por detrás de otros países europeos en investigación. En el ámbito preventivo y de los cuidados los distintos planes oncológicos Nacionales declaran la necesidad de un psicólogo o psicooncólogo en todas las unidades de tratamiento del cáncer. En el Plan integral del cáncer destaca la importancia de la asistencia psicosocial y plantea la necesidad de la inclusión del apoyo psicosocial en el plan terapéutico ⁽²³⁾.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Modelo enfermero de adaptación de Roy. Conceptos

El Roy Adaptation Model (RAM) fue publicado en la Nursing Outlook en 1979, titulándose “Adaptation: A conceptual Framework for Nursing”⁽²²⁾.

La teoría de Roy extrajo de la teoría de los niveles de adaptación de Helson (1964) y de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy (1968) los aspectos claves para elaborar su modelo⁽²⁴⁾:

Adaptación: el individuo tiene la capacidad de ajustarse de forma eficaz a los cambios del entorno e influenciar sobre éste⁽²⁴⁾.

Nivel de adaptación: “el nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido”⁽²²⁾. El nivel de adaptación de una persona está en continua evolución y está formado por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el abanico de estímulos con el que se puede reaccionar a través de respuestas normales de adaptación⁽²²⁾.

Problemas de adaptación: no son diagnósticos enfermeros sino áreas de interés de la enfermería en relación con la persona o comunidad que se tiene que adaptar⁽²²⁾.

2.2.2 Modelo de adaptación de Callista Roy

El modelo de Roy se centra en el modelo de adaptación de la persona. La persona busca estímulos de su entorno, que dan lugar a una reacción dando paso a la adaptación, esta puede ser eficaz o no. Las respuestas eficaces ayudan a la adaptación de las personas, lo que fomentan la integridad y la salud, de forma contraria las respuestas ineficaces amenazan el propósito de adaptación e interrumpen la integridad de la persona⁽²²⁾.

La persona emplea procesos internos para lograr los objetivos individuales de supervivencia, crecimiento, reproducción y desarrollo, estos procesos incluyen los mecanismos básicos de adaptación según Roy, los mecanismos reguladores y cognitivos⁽²⁴⁾.

El nivel de adaptación de la persona está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos internos (de la persona) como externos (focales, contextuales y residuales)⁽²²⁾.

- Estímulos focales: son aquellos que se presentan ante el individuo.
- Contextuales: el resto de estímulos que colaboran en el efecto de los estímulos focales.
- Residuales: son factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro.

Roy entiende a la persona como un sistema, compuesto a su vez por dos subsistemas (Figura 1), el subsistema primario o de procesos funcionales que está compuesto por el regulador o relacionador (ambos sistemas de afrontamiento); y el subsistema secundario y de efectos formado por cuatro modos de adaptación: Necesidades fisiológicas, autoestima, función del rol e interdependencia⁽²²⁾.

- *Modo fisiológico de adaptación:* está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en las actividades de los organismos. Son cinco las necesidades identificadas para mantener la integridad fisiológica: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad-reposo y protección⁽²²⁾.

- *Modo de adaptación del autoconcepto del grupo*: engloba tanto el yo físico como el yo personal ⁽²⁴⁾.
- *Modo de adaptación de función del rol*: es uno de los dos modos de adaptación social. El rol puede definirse como las expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición determinada ⁽²²⁾.
- *Modo de adaptación de la interdependencia*: se centra en las relaciones más próximas de las personas, en su finalidad, estructura y desarrollo. Incluye los comportamientos de dar y recibir amor y respeto ^(22,24).

El subsistema regulador a través del modo de adaptación fisiológico reacciona automáticamente a través de procesos neuronales, químicos y endocrinos. Siendo el subsistema relacionador, gracias a la autoestima, la interdependencia y la función de rol, el que logra la adaptación usando para ello sistemas cognitivos y emocionales. La percepción de la persona se encarga de enlazar ambos subsistemas ⁽²⁴⁾.



Figura 1 Diagrama representativo del sistema de adaptación humano ⁽¹⁵⁾

Los cuidados enfermeros tendrán como objetivo promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación, con el fin de mejorar la salud, la calidad de vida y ofrecer una muerte digna. Para ello enfermería debe analizar las respuestas de adaptación de las personas y determinar los estímulos que influyen sobre la misma. La intervención enfermera se dirigirá a obtener una respuesta de adaptación eficaz y cambiar las ineficaces, manejando los estímulos focales y contextuales ⁽²⁴⁾.

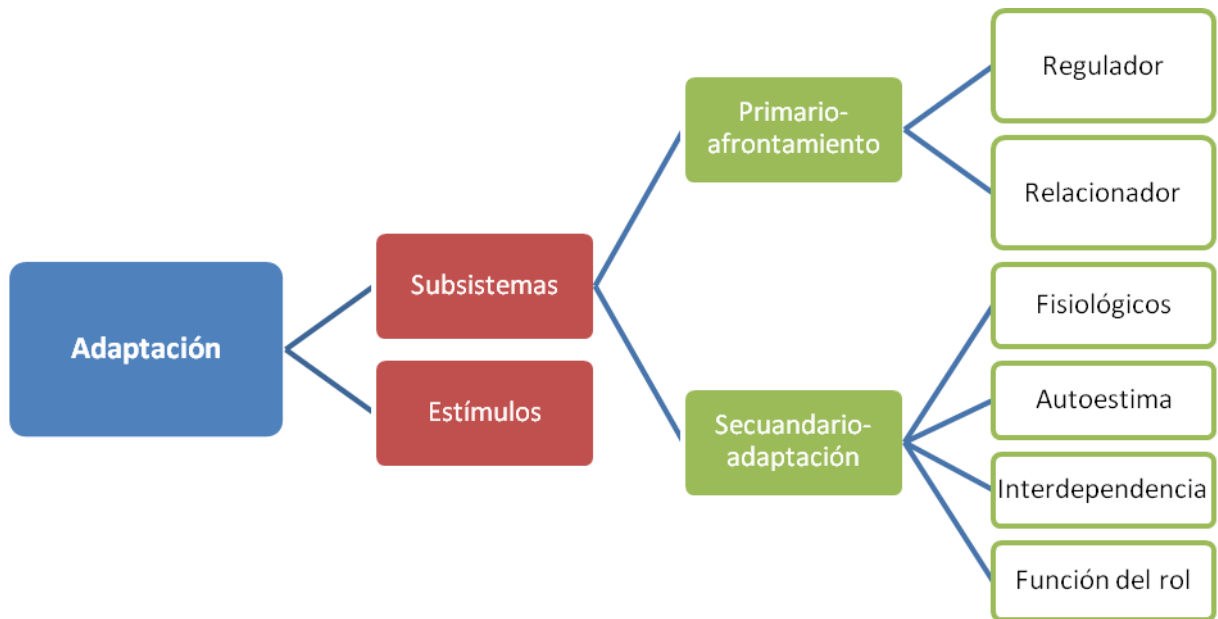


Ilustración 1: Elaboración propia ⁽¹⁵⁾

2.2.3 Modelo de adaptación de Roy en mujeres mastectomizadas.

En el artículo de Mesquita se recogieron diversos estudios que aplicaban el modelo de Roy a diversos problemas de salud, en concreto uno de ellos fue la mastectomía. En el artículo se analiza como la mujer se somete a unos estímulos propios, siendo estos focales y contextuales, el residual se nombró únicamente una vez a través del miedo a la muerte. Se cita la vergüenza de la mujer a enseñar la mama afectada, alterando su comportamiento aunque no sea de forma clara, siendo ésta la principal característica de los estímulos residuales. Por otra parte el miedo está también representado como comportamiento, originado por estímulos focales (cáncer de mama y mastectomía) que a su vez origina conflictos con la pareja. Los estímulos contextuales colaboran con los estímulos focales, siendo los primeros representados por la reconstrucción mamaria, ganancia/pérdida de peso, cicatriz quirúrgica, cirugía, uso de prótesis mamarias, edad avanzada, ausencia de compañero sexual, vergüenza con la imagen, restricción en las actividades, cambio en el papel de madre, cambios en la relación de pareja y quimioterapia ⁽²⁵⁾.

Otros estudios también se han encargado de aplicar el modelo de adaptación de Roy a los procesos de cáncer de mama y mastectomías, para ello han recogido a través de entrevistas los testimonios de mujeres que han pasado por este largo proceso. En el estudio de Rodríguez se describen reacciones adaptativas propias del modelo de Roy. Tres de las entrevistadas presentaron reacciones negativas tanto al diagnóstico como con su propia autoestima, lo que para Roy serían “respuestas negativas a un estímulo”, sin embargo la cuarta entrevistada reaccionó con serenidad a la noticia del cáncer, lo que correspondería a una “respuesta positiva a un estímulo”. Se señala además como el miedo a la muerte puede provocar transformaciones internas y

externas (estímulos de entrada), el grado de adaptación a esta nueva situación determinará la respuesta positiva a los estímulos ⁽²⁶⁾.

Se debe señalar también la adaptación que deben experimentar las mujeres a las secuelas físicas derivadas de la mastectomía, de las mujeres entrevistadas la mayoría tenían problemas para adaptarse a las limitaciones físicas, esto enlaza con lo referido por Roy donde describe a la persona como un sistema adaptativo con herramientas de enfrentamiento innatas y adquiridas que permite luchar contra los cambios del entorno y propios. El proceso de adaptación es continuo por lo que la mujer puede requerir un periodo de años o toda la vida para adaptarse a la nueva situación ⁽²⁶⁾.

Por último otro aspecto incluido en el autoconcepto de Roy es el yo-físico, descrito como la forma de verse físicamente. Este concepto se ve claramente alterado tras la mastectomía ya que el concepto de cuerpo está caracterizado por una imagen completa y perfecta, pero tras la intervención la mujer se siente y se ve incompleta, por lo que sería necesario trabajar para sustituir el actual concepto de cuerpo o imagen. La adaptación innata hace que mujeres que pasan por esta difícil situación consigan ver la belleza de su cuerpo y consiguen ser felices a pesar de los resultados de la enfermedad ⁽²⁷⁾.

2.3 Justificación

El cáncer es un problema de salud a nivel mundial. En España ocupa la segunda causa de muerte tras enfermedades cardiovasculares en la población general, siendo la primera en varones. En 2012, 3 de cada 10 muertes en varones y 2 de cada 10 muertes en mujeres en España fueron a causa del cáncer, presentando así una incidencia parecida a los países del entorno, prediciéndose por diversos estudios un aumento del número de casos en un 70% en los próximos años ⁽²⁸⁾.

Desde los años 70 comenzó a observarse un importante aumento de la mortalidad por cáncer de mama que comenzó a frenarse a principio de los 90, con el posterior descenso del 2% gracias a la detección precoz y los avances terapéuticos ⁽²⁹⁾.

El cáncer de mama alcanzó en 2012 la cuarta posición entre los cánceres más frecuentes entre la población general española con 25.215 casos nuevos. A nivel mundial en mujeres el cáncer más frecuente fue el de mama, seguido del colorrectal, pulmón cérvix y estómago ⁽²⁸⁾.

A través del análisis de las cifras se advierte la importancia que tienen el cáncer como problema de salud y más concreto el cáncer de mama en la población femenina, por ello se deben impulsar los programas de detección precoz y la investigación e innovación en las técnicas quirúrgicas.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) los tumores suponen una de las principales causas de ingreso, en mujeres constituyeron la quinta causa con 912 ingresos/100.000 habitante. Según las previsiones de Naciones Unidas en 2020 se diagnosticarán 246.713 casos nuevos de cáncer en España, de ellos 97.715 en mujeres ⁽²⁸⁾.

Como se ha citado anteriormente el principal tratamiento del cáncer de mama pasa por la cirugía, ya sea cirugía conservadora o mastectomía desencadenando importantes consecuencias tanto a nivel físico como psicológico y emocional.

La morbilidad posterior a la intervención causa un importante impacto en la calidad de vida de las mujeres. A lo largo del proyecto se han citado las importantes consecuencias en la percepción corporal, en la esfera sexual, en las conductas sociales, además del dolor en la zona intervenida en el postoperatorio, que puede cronificarse ⁽²⁹⁾. Por ello es necesario conocer en qué grado y cómo afecta a las mujeres someterse a una mastectomía para poder prevenir los futuros efectos tras la intervención y desarrollar planes de cuidados y guías de práctica clínica que ayuden al tratamiento posterior a la cirugía.

Aunque los avances en cirugía de mama hacen que la intervención sea cada vez menos agresiva para la mujer gracias a la extensión de la cirugía conservadora, aun existen muchos casos donde es imposible realizar este tipo de técnicas o bien los medios o protocolos del hospital no lo permiten.

Un estudio a nivel nacional se encargó de medir las tasas de utilización de mastectomía en las diferentes áreas del Sistema Nacional de Salud, así como determinar la diferencia de implementación de cirugía conservadora por zona geográfica y concluyó que durante el periodo de estudio de 2002 a 2004 donde se analizaron 142 zonas sanitarias 8 de cada 10000 mujeres sufrieron una mastectomía. Del total de intervenciones el 47% fue no conservadora. La probabilidad de someterse a cirugía conservadora presenta variación

especialmente en pacientes menores de 70 años, siendo además más frecuente la intervención conservadora en el nordeste de España que en el noroeste o suroeste⁽³⁰⁾.

La variabilidad en la práctica quirúrgica puede deberse a la incertidumbre sobre los beneficios de la cirugía conservadora por ello es necesario destacar la necesidad de estudios que investiguen las ventajas y seguridad clínica de esta técnica, así como también es necesario la implementación de guías de práctica clínica donde enfermería disponga de un sistema estandarizado de cuidados para el apoyo a la mujer mastectomizada.

La edad de las pacientes es un factor condicionante en la decisión del cirujano sobre el tipo de cirugía y la ejecución de planes de cribado. El 47% de las intervenciones realizadas fue entre los 50 y los 70 años, en el grupo de mujeres más jóvenes, menores de 50 años predominó la cirugía conservadora (55%) mientras que en el tramo de mujeres mayores de 70 años predominó la cirugía no conservadora (60%). En el tramo central la cirugía conservadora fue la más frecuente (60%)⁽³⁰⁾.

Estos datos reflejan la importancia de los resultados estéticos en la mujer, siendo considerado por los cirujanos éstos más importantes para mujeres jóvenes que en los grupos de mayor edad, pero no por ello se debe olvidar la importancia del apoyo emocional y psicológico en todo los grupos de edad ya que será de gran ayuda para disminuir las tasas de depresión, ansiedad y mejorar su calidad de vida. Es importante por tanto realizar estudios para conocer cuál es el impacto psicológico y emocional que sufre una mujer con cáncer de mama y mastectomizada para poder intervenir.

3. Objetivos

Objetivo general: describir el impacto psicológico y emocional tras una mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA).

Objetivos específicos:

1. Valorar qué tipo de alteración emocional desarrollan las mujeres mastectomizadas del HSJDA
2. Conocer cómo afecta la mastectomía en la vida diaria de las mujeres del HSJDA.
3. Identificar las consecuencias de la mastectomía en la percepción de la imagen corporal en mujeres del HSJDA.
4. Elaborar un Plan de actuación postoperatorio para favorecer la adaptación de las mujeres a su nueva situación.

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio

Salgado en el ámbito de la investigación cualitativa define diseño como el abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación, ajustándose éste a las particularidades del escenario o ambiente ⁽³¹⁾.

Se han planteado diversas tipologías de diseños cualitativos, particularmente en este proyecto se empleará el diseño fenomenológico. La fenomenología busca, en la interpretación del fenómeno, descubrir sentidos y significados de la vida de las personas ^(31,32).

Enfermería ha buscado ampliar la producción de conocimientos, investigando las relaciones humanas en el proceso de salud-enfermedad, a partir de las vivencias de los usuarios ⁽³²⁾. Los diseños fenomenológicos se centran en las experiencias individuales o colectivas subjetivas de las personas. Respondiendo a la pregunta “¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), grupo (grupal) o comunidad (colectiva) respecto de un fenómeno?” ⁽³¹⁾.

Teniendo en cuenta estos planteamientos el diseño de este estudio será de tipo fenomenológico para responder a las principales cuestiones expuestas en este proyecto y averiguar qué impacto emocional supone una mastectomía y qué sienten las mujeres mastectomizadas entre otras cuestiones, con el objetivo de diseñar intervenciones y programas de enfermería que ayuden a las mujeres intervenidas, creando así un sistema de apoyo estandarizado y adecuado a las necesidades encontradas.

4.2 Sujetos de estudio

La participación en un estudio cualitativo sigue principios muy diferentes, se puede trabajar con muestras muy pequeñas o también se puede involucrar a un número elevado de participantes. Los sujetos de estudio deben ser seleccionados para ofrecer información profunda, tratándose este de un muestreo selectivo o juicio intencional⁽³³⁾.

En el diseño cualitativo hay dos métodos básicos para la selección de los sujetos de estudio, el muestreo teórico y el muestreo a priori. El muestreo teórico cuyo objetivo principal es generar una teoría sustantiva es un método continuo, es decir, será guiado por la recolección de datos, el análisis y la interpretación a medida que se establece la teoría. En cambio en el muestreo a priori, muy empleado en investigaciones de salud pública, se establecen las características de la muestra antes de la recolección de datos, sobre la base del problema y el objetivo de investigación⁽³⁴⁾.

En este caso se empleará el método de muestreo teórico ya que será guiado por la recolección de datos. Los sujetos de estudio serán exclusivamente mujeres ya que la patología mamaria tratada en este proyecto afecta en gran parte a este sector de la población.

Se establecerá una población inicial de 20 sujetos de estudio, aunque este número puede variar a lo largo del proyecto ya que el muestreo teórico no acaba hasta que dejan de aparecer nuevos conceptos, es decir hasta alcanzar el nivel de saturación⁽³⁵⁾. Según Morse el índice de saturación se alcanza cuando una vez analizada una cierta variedad de entrevistas u observaciones no aparecen nuevos elementos o ideas que ayuden a completar la investigación⁽³³⁾.

Además los sujetos de la muestra serán seleccionados de forma intencional, es decir, no será al azar ni seguirá leyes probabilísticas, sino que será el investigador el que seleccione a los participantes según sus objetivos⁽³⁵⁾.

Las participantes del estudio serán mujeres diagnosticadas en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe de cáncer de mama y sometidas a mastectomía tanto uni como bilateral. Para la captación de las pacientes se trabajará conjuntamente con el equipo de cirujanos del hospital, de esta forma se obtendrán los datos de las pacientes sometidas a mastectomía a través de la historia clínica. Para ello en la primera visita postquirúrgica con el cirujano enfermería ofrecerá a las pacientes la posibilidad de participar en el estudio.

Los criterios para la selección de pacientes serán:

Mujeres mayores de 18 años intervenidas para tratamiento de cáncer de mama con mastectomía uni-bilateral sin antecedentes en la historia clínica de trastornos emocionales (depresión, ansiedad, trastornos con la imagen) ni otro tipo de patologías mentales. Pacientes con o sin apoyo familiar, con o sin carga familiar y con trabajo remunerado o no remunerado. Además se considerará

como criterio de inclusión tanto aquellas pacientes que se hayan sometido a tratamiento de quimioterapia neoadyuvante como las que no. Hay que destacar la posibilidad de ampliar estos criterios a lo largo del proyecto hasta conseguir la saturación teórica.

Será criterio de exclusión del estudio aquellas pacientes sometidas a cirugía de mama de tipo conservadora pues aunque se han demostrado posibles consecuencias psicológicas en la mujer sometida a este tipo de intervención se desea ajustar la muestra de estudio a la técnica descrita anteriormente.

4.3 Fuentes de información

Se pueden diferenciar dos tipos principales de fuentes de información, fuentes de información primaria y secundaria.

La fuente de información primaria (directas) proporcionan datos de primera mano, es decir directamente del investigador, constituyen el objetivo de la búsqueda bibliográfica. Las fuentes primarias corresponden a libros, artículos de publicaciones y testimonios de expertos ⁽³⁶⁾.

La fuente de información secundaria son compilaciones, resúmenes y listados de referencias, donde se mencionan y explican brevemente artículos, resúmenes, libros, tesis y otro tipo de documentos ⁽³⁶⁾.

En este proyecto de investigación se utilizarán tanto fuentes primarias como secundarias. Las fuentes de información secundarias serán empleadas en la primera fase de la investigación, a través de la lectura de revisiones y artículos científicos, siendo en la segunda fase de la investigación donde se emplearán fuentes primarias obteniéndose a través del testimonio de las entrevistadas la información requerida para que se alcancen los objetivos marcados en la investigación.

4.4 Técnicas de investigación

En la investigación cualitativa existen diferentes técnicas de recogida de información cuyo objetivo fundamental se basa en conocer percepciones, creencias, opiniones, significados y actitudes, siendo la entrevista una técnica valiosa para este propósito ⁽³⁷⁾.

Las técnicas de investigación más importantes en la investigación cualitativa son: la observación, la entrevista en profundidad y la discusión en grupo, siendo en la entrevista en profundidad donde se establece una relación recíproca entre el entrevistador y entrevistado ⁽³⁴⁾.

Para Denzin y Lincoln la entrevista es un diálogo, es la habilidad de realizar preguntas y escuchar respuestas que estará fuertemente influenciada por el entrevistador ⁽³⁷⁾.

A principio de los ochenta la entrevista en profundidad adquirió un notable protagonismo, en donde la función del entrevistador no solo se basaba en obtener información sino aprender qué tipo de pregunta se formula y cómo ⁽³⁷⁾.

En la entrevista en profundidad los datos se obtienen de la reflexión del entrevistado ayudado por el intercambio con el investigador, existiendo un solo punto de vista a diferencia de las entrevistas en grupo donde existen varios ⁽³⁴⁾.

Rubin enumera las características de la entrevista cualitativa destacando ésta como una extensión de una conversación normal, donde los entrevistadores concentrarán sus esfuerzos en la comprensión, en el conocimiento y en la percepción del entrevistado más que en clasificar a personas o eventos. Tanto el contenido de la entrevista como el flujo y la selección de los temas varían de acuerdo con lo que el entrevistado conoce y siente. A través de la entrevista fenomenológica se quiere comprender situaciones de angustia, el miedo y nerviosismo que se destacan en la vida diaria ⁽³⁷⁾.

Existen diversos tipos de entrevistas y clasificaciones. Vargas establece tres tipos entre las que se encuentran la entrevista estructurada, no estructurada y grupal ⁽³²⁾.

En este proyecto se realizarán dos entrevistas una estructurada (Anexo I) y otra semiestructurada o abierta (Anexo II). En la entrevista estructurada existe un número preestablecido de preguntas con un límite de categorías por respuestas. Las preguntas las elabora el investigador previo a la entrevista y se desarrollan de acuerdo a una metodología estudiada lo que permite una clasificación y análisis más exhaustivo y fácil. Sin embargo, en la entrevista no estructurada el diseño de preguntas no está prefijado, las preguntas son de carácter abierto y es el entrevistado el que elabora la respuesta. Se destaca su flexibilidad y mayor adaptación a las necesidades de la investigación y a las particularidades de los entrevistados, aunque como inconveniente hay que

destacar mayor preparación del entrevistador y mayor dificultad de análisis de datos ⁽³⁷⁾.

Ambas entrevistas se realizarán una vez consultada la historia clínica de la paciente y comprobando que cumplen los criterios de inclusión del estudio, a demás de la aceptación por parte de la misma paciente. Como se describió anteriormente el día de la revisión postquirúrgica con el cirujano y previo estudio de la historia clínica se explicará a las mujeres el propósito del estudio y se le proporcionará el formulario de consentimiento informado (Anexo III) para su inclusión en el estudio. Se concertará con la paciente una cita unos días después en la consulta de enfermería del hospital para la realización de la entrevista de forma tranquila y controlada.

En la entrevista estructurada (Anexo I) se trabajará para conocer el estado emocional de la paciente, especialmente depresión y ansiedad, para ello se empleará como guión de la entrevista las cuestiones validadas del cuestionario de escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) ⁽³⁸⁾. En la entrevista no estructurada se emplearán cuestiones que ayuden a conocer los dos últimos objetivos del proyecto, es decir irán dirigidas a conocer la alteración que supone la mastectomía en la vida diaria de la mujer así como en su imagen corporal y autoestima.

Se debe tener en cuenta también el rigor de los trabajos cualitativos exigido para toda producción del conocimiento y ello se obtiene especialmente con el empleo correcto de las técnicas de investigación implementando métodos de evidencia. Por ello las entrevistas serán elaboradas a partir de cuestionarios validados por la comunidad científica.

En esta línea se destacan diversas pautas descritas por los autores para asegurar la calidad de la investigación científica, entre ellas se encuentran ⁽³⁴⁾:

- La credibilidad, correspondiéndose ésta a la validez en la investigación cuantitativa. La credibilidad o valor de autenticidad en la investigación cualitativa es la medida en que una medición se corresponde con el concepto a medir.
- La confiabilidad es la forma en que se pueden representar los resultados, en la investigación cualitativa se correspondería con la forma en que los resultados son fiables en una investigación coherente.
- Transferibilidad: es la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en un determinado contexto a otro semejante. Ésta depende de la calidad de la descripción del fenómeno.

Por último destacar que no se fijará un tiempo concreto para la duración de la entrevista sino que se adaptará a las necesidades de la entrevistada, estableciendo una duración aproximada de 40-50 minutos. Se registrarán las entrevistas en audio que posteriormente serán transcritas para ser interpretadas según las técnicas descritas anteriormente, se asegurará en todo momento la confidencialidad de la información y el anonimato.

4.5. Fases del estudio. Procedimiento de actuación con cada participante. Procedimiento de recogida de datos

El proyecto de investigación se realizará en dos fases, la primera de preparación de la investigación y búsqueda bibliográfica y la segunda de trabajo de campo (Tabla 1).

1º Fase: Preparatoria. Febrero – Junio 2016.

- Fase planificación: en esta fase se incluirá la elección del tema a investigar, así como el estudio de su viabilidad con la búsqueda bibliográfica y el análisis posterior de artículos para la elaboración del marco teórico. Posteriormente se comenzará a elaborar el guión de entrevistas tanto estructurada como no estructurada y el material de grabación para su posterior transcripción. Duración de 5 meses.

2ª Fase: Trabajo de campo. Octubre 2016 – Mayo 2017

- Acceso y recogida de datos: en esta fase se seleccionará la población a estudiar y la captación de ésta. Además se llevarán a cabo las entrevistas correspondientes y su posterior transcripción. La duración será de 4 meses.
- Análisis de datos: con una duración de 3 meses se realizará el análisis de datos a través del programa informático seleccionado.
- Elaboración del informe: con los datos clasificados se procederá a la elaboración del informe final del proyecto.

Tabla 1: Cronograma.

Primera Fase						
2016	Actividad	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Fase Preparatoria	Selección de tema	X				
	Búsqueda bibliográfica		X	X		
	Análisis artículos				X	X
	Diseño guión entrevistas					X

Segunda Fase

2016/7	Actividad	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril	may
Trabajo campo	de Acceso y recogida de datos	✘	✘	✘	✘				
	Análisis de datos					✘	✘	✘	
	Elaboración del informe								✘

4.6 Categorías

Tras la realización de las entrevistas se inicia el proceso de análisis de datos, para ello se requiere de tiempo para escuchar y transcribir los argumentos descritos por las mujeres entrevistadas, iniciándose por tanto el proceso de categorización.

Categorizar consiste en fraccionar y agrupar ajustándose a criterios que dependerán del investigador encargado del análisis. Una categoría por tanto agrupará a datos de la misma clase. Para ello previamente el investigador divide en subunidades los datos obtenidos para posteriormente agrupar en una misma categoría conceptos con los requisitos necesarios para ser agrupados en esa misma categoría ⁽³⁹⁾.

La categorización puede ser realizada de dos formas, a partir de categorías predefinidas de acuerdo con el marco teórico, categorización deductiva, o bien a través de los datos surgen las categorías que posteriormente se apoyarán con el marco teórico, dicha categorización sería inductiva ⁽⁴⁰⁾.

Hay que destacar que las categorías deben cumplir con una doble condición ⁽³⁹⁾:

- Homogeneidad interna: los datos han de ser de la misma clase, similares entre sí.
- Homogeneidad externa: todas las categorías deben diferenciarse, es decir contener datos de distinto tipo.

Categorizar implica codificar, ya que el investigador debe interpretar los datos, para ello se emplea un conjunto de signos y reglas que permitirá agrupar los datos de forma ordenada y clara ⁽³⁹⁾. En la Tabla 2 se han nombrado las categorías del estudio y sus respectivas subcategorías. Aún así no se descarta la inclusión en el estudio de categorías emergentes de los datos.

Tabla 2. Categorización

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Tipo de intervención	Mastectomía bilateral Mastectomía unilateral
Red de apoyo familiar	Pareja e hijos Sin pareja y con hijos Sin pareja sin hijos Otro tipo de apoyo
Tratamiento de quimioterapia	Quimioterapia neoadyuvante Quimioterapia adyuvante
Trastornos emocionales	Ansiedad Depresión Trastorno con la imagen corporal

4.7 Análisis de datos

Una vez finalizado el proceso de categorización se procederá al análisis de los datos que dependerá en gran parte de la codificación y categorización realizada ⁽⁴⁰⁾.

Existen numerosos programas informáticos para el análisis de datos, entre ellos se encuentra NVivo, Ethnograph, Aquad, etc. En este proyecto se empleará Atlas.ti versión 7. Este programa es una herramienta que administra y ordena eficientemente los datos cualitativos: textos, imágenes, gráficos, audio y video y ofrece una variedad de herramientas que facilitan al investigador realizar el análisis de los datos de una forma gráfica ⁽⁴⁰⁾.

Una de las operaciones más difíciles de toda investigación es la interpretación de hallazgos y estructuración teórica. En el programa Atlas.ti el proceso implica cuatro etapas: Codificación de los datos, categorización, estructuración de redes y estructuración de hallazgos ⁽⁴¹⁾.

Las redes estructurales representan posibles estructuras entre categorías, constituyendo el objetivo principal de la investigación, crear una estructura teórica, mostrándose de esta forma las interpretaciones ⁽⁴¹⁾.

El programa informático ayuda a describir las relaciones complejas que se encuentran ocultas en los datos cualitativos, ofreciendo una red de comentarios y categorías ⁽⁴⁰⁾.

Las investigaciones expresan la necesidad de combinar el proceso de análisis con Atlas.ti. y relacionarla con la interpretación del investigador. Por lo tanto en este proyecto se realizará el análisis de datos con la ayuda del programa informático pero sin olvidar el trabajo del investigador como principal participante del análisis de datos, a través del contacto primario con los datos (organización y lectura inicial de la información). En la organización de la información se realizará la transcripción de los audios y se seleccionará el material que definitivamente es de utilidad, ya que no toda la información es útil en la investigación ⁽⁴¹⁾.

En la preparación del documento se preparan los archivos de forma que facilite el análisis. Para esta tarea resulta de gran utilidad Atlas.ti ya que el programa informático puede hacerlo facilitando el trabajo del investigador ⁽⁴¹⁾.

4.8 Aspectos éticos

La investigación cualitativa implica que las ideologías, las identidades y los elementos de la cultura formen parte de la investigación.

La ética cualitativa pretende conocer al ser humano, respetando su libertad y con la mínima intromisión. Se deben tener en cuenta por tanto algunas consideraciones éticas a la hora de desarrollar el estudio y en el momento de recogida de datos. Éstas deben ser la aplicación de consentimiento informado y la confidencialidad y de los posibles riesgos a los que se enfrentan los participantes del estudio ⁽⁴²⁾.

El consentimiento informado (Anexo III) será proporcionado a las pacientes en la consulta de cirugía explicándose el procedimiento de investigación. Las participantes deben estar de acuerdo con ser entrevistadas, conociendo así sus derechos y responsabilidades en la investigación ⁽⁴²⁾.

Otro elemento fundamental a tener en cuenta en una investigación es la confidencialidad, los códigos éticos hacen hincapié en la protección de la identidad de los sujetos participantes. En la confidencialidad se engloba tanto el resguardo de la identidad como la privacidad en el manejo de los datos, empleándose en numerosas ocasiones pseudónimos para los entrevistados ⁽⁴²⁾.

En este proyecto se asignará un código por orden de entrevista a las participantes y al análisis de los datos solo tendrá acceso el investigador principal, salvo alguna excepción autorizada salvaguardando de esta forma en todo momento la confidencialidad del proceso.

Finalmente se valorarán los riesgos potenciales del estudio. La investigación se justifica ya que se toman las precauciones necesarias para disminuir los posibles riesgos y los beneficios potenciales sobrepasan los riesgos. Se explicará además a las participantes que su colaboración en el estudio no supondrá ningún perjuicio, especialmente personal para ellas. Estos requisitos se deben adecuar a los principios éticos de no maleficencia y beneficencia propios de la actividad sanitaria ⁽⁴²⁾.

Asimismo, el Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios Aljarafe evaluará la idoneidad del estudio tras la entrega del documento de solicitud de autorización (Anexo IV). Se elaborará también una segunda solicitud (Anexo V) para el jefe de cirugía de dicho hospital para que tenga conocimiento del proyecto y facilite el acceso a las pacientes y a la historia clínica de las mismas. También se debe hacer especial hincapié en el adecuado manejo de la entrevista. En la entrevista cualitativa el entrevistador debe crear un ambiente agradable y de confianza donde el entrevistado exprese sus sentimientos o ideas de forma relajada, sin que el participante se sienta enjuiciado. Durante la entrevista el investigador debe dejar libertad para que el participante exprese sus sentimientos y percepciones sin discusiones u obstáculos, sabiendo además manejar situaciones de alegría, pena, frustración, etc ⁽⁴²⁾.

Finalmente se ha de tener en cuenta el uso de grabaciones de audio en las entrevistas. Debe ser autorizado y previamente informado para de esta forma favorecer que el entrevistado se sienta cómodo y no abandone la investigación. Las entrevistas deben guardarse en archivos confidenciales a los cuales tengan acceso exclusivamente los investigadores ⁽⁴²⁾.

4.9 Limitaciones y prospectiva del estudio

Las limitaciones más importantes de la investigación cualitativa serán la validez y generalización de los resultados a otras poblaciones.

Algunos autores cualitativos afirman que los estándares con que se juzgan los estudios cuantitativos son inapropiados para evaluar el rigor metodológico de los estudios cualitativos, por lo que proponen otros métodos afines a la metodología cualitativa⁽³¹⁾.

En este estudio una de las limitaciones se encontraría en el análisis correcto de los datos y su interpretación adecuada. Por tanto para evitar errores en la obtención de conclusiones se trabaja con el programa informático Atlas.ti que garantizará la adecuada organización e interpretación de los datos.

El tamaño de la muestra puede ser suficiente para la obtención de conclusiones en este trabajo, aunque puede llegar a ser insuficiente si se quiere extrapolar los resultados a otras poblaciones. Sin embargo según diversos autores extrapolar los resultados a otras poblaciones contradicen los objetivos fundamentales de la investigación cualitativa⁽³¹⁾.

En relación a la muestra se debe citar la posibilidad de abandono del estudio de alguna entrevistada una vez iniciado el proyecto o la dificultad de captación en la consulta. Para mitigar estos posibles inconvenientes se ha elaborado el consentimiento informado de forma clara y concisa para que a través del conocimiento del proyecto se logre mayor facilidad en la inclusión.

Otra posible limitación que se añade a la investigación sería el tipo de entrevista realizada, ya que al emplear una entrevista guiada se puede omitir temas importantes que el entrevistador no ha considerado. Los entrevistados deben adaptar sus sentimientos a las preguntas del entrevistador percibiéndose como un método impersonal.

Sin embargo este tipo de entrevistas estructuradas hacen que la recolección de datos sea sistemática, facilitando el análisis de datos y aumentando el número de preguntas que se pueden realizar sin que se observen grandes diferencias entre el tipo de cuestiones realizadas entre entrevistados, favoreciendo la obtención del objetivo propuesto.

La prospectiva de este estudio sería crear una consulta de enfermería para el seguimiento postquirúrgico de mujeres sometidas a mastectomía ya que puede tratarse de un proceso crónico que requiere cuidados continuados. A través de la consulta de enfermería se realizaría un análisis exhaustivo a todas las mujeres mastectomizadas para identificar si existe alguna alteración de tipo psicológico que afecte a su vida diaria, pudiéndose incluso crear un grupo de apoyo donde se realicen reuniones periódicas con las mujeres intervenidas y donde enfermería actúe de guía y ayuda al manejo de las emociones.

5. Bibliografía

1. Martínez-Basurto E, Lozano-Arrazola A, Rodríguez-Vélazquez L, Galindo-Vázquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13 (1):53-58.
2. Muñoz T, García ML, Rocha MR, Jimenez V. El ser ahí de la mujer mastectomizada, desde una perspectiva Fenomenológica. *Rev Paraninfo Digital*. 2011;(14).
3. Cruz-Benitez L, Morales-Hernandez E. Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en el cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014;13(2): 124-133).
4. Sabadell M, Córdoba O, Xercavins J. Cáncer de mama III. En Bajo J, Laila J, Xercavins J. *Fundamentos de Ginecología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
5. Villegas MJ. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*. 2009; (83):39-61.
6. Olivares ME. Cirugía mamaria: Aspectos psicológicos. *Psicooncología*. 2007; 4(2-3): 447-464.
7. De Lima M, Távora T, Magalhaes R, Jiménes M. Señales de la mujer con cáncer de mama, sus relaciones sociales. *Enfermería integral*. 2006; 74:14-19.
8. Sanchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo*. 2015; 36 (1) 62-73.
9. Suárez DM. Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. *Psicología.com*. 2005; 9(2).
10. García JM, Domínguez ML. Reacciones psicológicas de la mujer ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Anales de Psiquiatría*. 2009; 25(6): 287-294.
11. Blanco R. Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. *Enferm Clin*. 2010; 20 (6): 327-334.
12. Rincón ME, Pérez MA, Borda M, Martín A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*. 2012; 11(1): 25-41.
13. Cândido P, Sousa AP, Conceição M, Carvalho AF. Knowledge and expectations of women in the preoperative mastectomy. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):989-95.
14. Vazquez J, Antequera R, Blanco Picabia A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*; 7(2-3):433-451.

15. Finck C, Barradas S, Agudelo D, Moyano J. Cuando el cáncer de mama no significa insatisfacción sexual. Un estudio comparativo. *Pisconcología*. 2012; 9(1): 41-64.
16. Segura M, García R, Saúl LA. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*. 2014; 11(1): 45-57.
17. Sousa de Pires FM, Gomes M, Carvalho S, Sousa L. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(3):477-484.
18. de Oliveira SR, de Aragão FM, Carvalho AF. Implications of mastectomy in a group of women's everyday life. *Rev RENE*. 2007; 8(2):9-17.
19. Andrzejczak E, Markocka-Maczka K, Lewandowski A. Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psychooncology*. 2013; 22(7):1653-7.
20. Fausto V, Costa S, Ribeiro S, Sousa KN, da Costa SS. Quality of life: signs, symptoms and psychological effects in mastectomized women. *J Nurs UFPE on line*. 2014; 8(5): 1117-27.
21. Fernandes EM, Maçalai C, Tambara M, Schmidt CL. Estressores vivenciados por mulheres mastectomizadas integrantes de um grupo de apoio. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(3):492-9.
22. Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 8ªed. Barcelona: Elsevier; 2015.
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud*. Madrid; 2010.
24. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. 1ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
25. Mesquita E, Lopes MdO, Carvalho AF, Teixeira FE, Barbosa IV. Teorias de enfermagem: importância da correta aplicação dos conceitos. *Enferm Glob*. 2009; 8 (3).
26. Rodrigues SM, Viana TC, Andrade PG. A vida da mulher após a mastectomia à luz da teoria adaptativa de Roy. *J.Res: fundam care online*. 2015; 7(4): 3292-3304.
27. Caetano JA, Soares E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. *R Enferm UERJ*. 2005; 3: 210-6.
28. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). *Las cifras del cáncer en España 2016*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2016. Report No.: M-2399-2016.
29. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías*. Madrid; 2009.

30. Peribañez JB, Martínez N, Abadía B, Villaverde MV. Variabilidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y de próstata. , Grupo Atlas VPM; 2007.
31. Salgado AC. Investigación cualitativas: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007; 13(71-78).
32. Rocha RC, Mendonça RL, de Andrade N. Entrevista fenomenológica: Peculiaridades para la producción científica en enfermería. Index Enferm. 2013; 22(1-2)(107-110).
33. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17 (3)(613-619).
34. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2006.
35. Ruiz JL. Metodología de la investigación cualitativa. 5 ed. Bilbao: Universidad de Deusto ; 2012.
36. Gómez M. Introducción a la metodología de la investigación científica. 1ª ed. Córdoba : Brujas; 2006.
37. Vargas I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Revista CAES. 2012; 3 (1)(119-139).
38. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
39. Báez J. Investigación cualitativa. 2ª ed. Madrid: ESIC; 2009.
40. Blanco H. Análisis de datos cualitativos y Atlas.Ti: una experiencia de formación. Revista UDENAR. 2012; 1(103-114).
41. Varguillas C. El uso de Atlas.Ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo del contenido UPEL. Instituto pedagógico rural de Mácaro. Rev Educ. 2006; 12(73-87).
42. Noreña AL, Alcaez-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. AQUICHAN. 2012; 12 (3)(263-274).

6. Anexos

6.1 Anexo I: Entrevista estructurada

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg⁽³⁸⁾

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN:

Subescala de ansiedad:

SI/NO

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
-

Subescala de depresión:

SI/NO

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
-

Criterios de valoración: Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas. Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas

6.2 Anexo II: Entrevista no estructurada

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN:

Datos iniciales:

Edad _____

Red de apoyo familiar (Hijos, pareja, etc) _____

Carga familiar _____

Tipo de actividad laboral _____

Nivel de estudios _____

Preguntas:

- ¿Cómo ha afectado el cáncer y en concreto la intervención en su vida diaria? ¿Cuáles son los ámbitos más influenciados?
- En general ¿te sientes satisfecha contigo misma?
- ¿Crees que sigues siendo útil para otras personas?
- ¿Tienes una actitud positiva hacia ti misma?
- ¿Te limita tu cuerpo?
- ¿Te miras al espejo igual que antes de la intervención?
- ¿Te sientes atractiva?
- ¿Ha experimentado algún cambio en su deseo sexual desde que fue intervenida?
- ¿Está satisfecha con el acercamiento durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- ¿Ha notado algún cambio en la actitud de su pareja?

6.3 Anexo III: Consentimiento informado

El objetivo de la investigación presente desarrollada por la alumna María Álvarez Ruiz, estudiante del Centro de Enfermería "San Juan de Dios", será determinar el impacto psicológico y emocional tras una mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, para de esta forma poder desarrollar planes de cuidados y atención especializada a estas mujeres. Se aclara además que la investigación no causará ningún perjuicio o daño personal o profesional como consecuencia de la información recabada.

Para llevar a cabo la investigación se le realizarán una serie de preguntas en una consulta de enfermería de dicho hospital de forma individual. Esta entrevista será grabada en audio para facilitar la recolección de datos. Se le realizarán preguntas de carácter personal para conocer su estado emocional. Debe saber que en cualquier momento puede abandonar la investigación ya que la participación es voluntaria.

Los datos tendrán carácter confidencial y totalmente anónimo.

Agradecemos su participación y colaboración en el desarrollo científico de enfermería.

Yo, D^a _____,
he sido informada sobre el estudio a realizar y doy mi consentimiento para ser entrevistada. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y puedo abandonar la investigación cuando desee.

Firma participante

Fecha:

6.4 Anexo IV: Solicitud Comité de Ética Hospital San Juan de Dios Aljarafe

Estimados miembros del comité:

Soy María Álvarez Ruiz alumna del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" y estudiante del Diploma de Especialización en Enfermería Quirúrgica y Reanimación, les solicito a través de este escrito su autorización para el desarrollo del proyecto de investigación cualitativa "Impacto emocional tras mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe".

El objetivo de este estudio es determinar el impacto psicológico y emocional tras una mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) para ello se accederá a la historia clínica de las pacientes y en colaboración con el equipo de cirugía del hospital captaremos a 20 mujeres mayores de 18 años sometidas a mastectomía.

Se asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos así como se establecerá un procedimiento de consentimiento informado previo a las dos entrevistas (estructurada y no estructurada) adjuntas con la carta.

Con el presente estudio se pretende por tanto conocer mejor el impacto emocional en la mujer de una intervención de estas características para en el futuro poder desarrollar planes de cuidados postquirúrgicos adecuados a las necesidades de estas pacientes.

Sin más esperamos su consentimiento, agradeciéndoles su atención.

Firmado: María Álvarez Ruiz

6.5 Anexo V: Carta al equipo de Cirugía del Hospital San Juan de Dios

Estimados cirujanos.

Soy María Álvarez Ruiz alumna del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" y estudiante del Diploma de Especialización en Enfermería Quirúrgica y Reanimación, les solicito a través de este escrito su autorización y colaboración para el desarrollo del proyecto de investigación cualitativa "Impacto emocional tras mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe".

El objetivo de este estudio es determinar el impacto psicológico y emocional tras una mastectomía en mujeres del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) para ello se necesita vuestra colaboración facilitándonos el acceso a la historia clínica de las mismas, además de vuestra disponibilidad para facilitar la captación de las mujeres en vuestra consulta.

Para la captación de las pacientes se pretende en la primera consulta postquirúrgica que tengan con vosotros, explicarle el proyecto de investigación obteniendo de esta forma el consentimiento informado de las mismas, asegurándoles las medidas de confidencialidad y seguridad necesarias propias de este tipo de proyectos.

Captaremos exclusivamente a 20 mujeres mayores de 18 años sometidas a mastectomía y las citaremos en la consulta de enfermería para de esta forma no interferir en vuestro trabajo. En la consulta de enfermería se realizarán dos entrevistas, una estructurada y otra no estructurada, analizándose posteriormente los datos obtenidos.

Esperamos su respuesta y colaboración con el estudio, agradeciéndoles su atención.

Firmado: María Álvarez Ruiz