



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN LA
MUJER MASTECTOMIZADA EN EL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2026

PERCEPTION OF THEIR BODY IMAGE AND QUALITY OF LIFE IN
MASTECTOMY WOMEN AT THE REGIONAL INSTITUTE OF NEOPLASTIC
DISEASES, CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2026

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO
ENFERMERO EN ONCOLOGÍA

AUTOR

KELLY MENDIETA QUISPE

ASESOR

YESSENIA MILAGROS ESCATE RUIZ

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Mg. YESSENIA MILAGROS ESCATE RUIZ

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-6037-4739

Fecha de aprobación: 18 de mayo del 2026

Calificación: aprobado

DEDICATORIA

A mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante a lo largo de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a mi asesora por su orientación y valioso apoyo durante el desarrollo de este estudio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo académico será autofinanciado por la autora.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	MENDIETA QUISPE KELLY

Perteneciente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA** autora del trabajo titulado: **PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER MASTECTOMIZADA EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2026** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN ONCOLOGÍA** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ESCATÉ RUIZ YESSÉNIA MILAGROS	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hago constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **19 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid::1:3615142523**; fecha de entrega: **21-07-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 21 de julio del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 47340482
ORCID: 0000-0002-6037-4739



TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN 1

II. OBJETIVOS 21

III. MATERIALES Y MÉTODOS 22

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA 31

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 32

ANEXOS

RESUMEN

El cáncer de mama representa una de las enfermedades con mayor impacto en la morbilidad y mortalidad femenina a nivel global. La mastectomía, como parte del tratamiento, genera cambios físicos, emocionales y sociales que pueden influir negativamente en la manera en que la mujer percibe su imagen corporal y en su bienestar general. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Concepción – Junín, 2026. **Materiales y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo básico, diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra estará conformada por 50 participantes, seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Asimismo, se empleará la técnica de la encuesta, utilizando como instrumentos el cuestionario de percepción de la imagen corporal y el cuestionario de calidad de vida SF-36. Para el análisis estadístico se empleará la prueba de correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$. Se tomarán los principios éticos.

Palabras claves: percepción de imagen corporal, calidad de vida, mastectomía, cáncer de mama, mujer mastectomizada (DeCS).

ABSTRACT

Breast cancer represents one of the diseases with the greatest impact on female morbidity and mortality worldwide. Mastectomy, as part of the treatment, generates physical, emotional, and social changes that may negatively influence the way women perceive their body image and their overall well-being. **Objective:** To determine the relationship between body image perception and quality of life in mastectomized women at the Regional Institute of Neoplastic Diseases, Concepción – Junín, 2026. **Materials and Methods:** A quantitative, basic, non-experimental, correlational, cross-sectional study. The sample will consist of 50 participants selected through non-probability convenience sampling. The survey technique will be used, employing as instruments the Body Image Perception Questionnaire and the SF-36 Quality of Life Questionnaire. For statistical analysis, Spearman's correlation test will be applied, considering a significance level of $p < 0.05$. Ethical principles will be observed.

Keywords: body image perception, quality of life, mastectomy, breast cancer, woman who has undergone mastectomy (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una condición médica con mayor impacto en la letalidad a nivel global, representando una de las afecciones con mayor incidencia de muertes registradas a escala mundial. Para el año 2026, en Estados Unidos se registró alrededor de 2.114.850 nuevos diagnósticos de cáncer, así como aproximadamente 626.140 fallecimientos atribuibles a esta enfermedad (1).

El cáncer de mama es reconocido como una patología neoplásica de mayor incidencia en la población femenina de Estados Unidos, representando aproximadamente el 32 % de todos los diagnósticos oncológicos en mujeres cada año. Asimismo, para el año 2026, se proyecta que cerca de 321.910 mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama invasivo, mientras que se proyecta aproximadamente 60.730 diagnósticos recientes de carcinoma ductal in situ, una forma no invasiva de la enfermedad (2). Por otro lado, las estadísticas muestran variaciones importantes en el uso de la mastectomía a nivel mundial, en Estados Unidos y Europa, solo entre el 30 % y 40 % de las pacientes se someten a mastectomía, predominando la cirugía conservadora (3).

Asimismo, se proyecta que cerca de 42 140 mujeres fallecerán como consecuencia de esta enfermedad (4). El cáncer de mama presenta una mayor prevalencia en mujeres de edad media y en adultas mayores, mientras que su aparición en menores de 45 años es menos común. Sin embargo, recientemente se ha observado una

tendencia creciente cercano al 1 % anual en la incidencia de esta enfermedad, con una tendencia ligeramente superior en mujeres menores de 50 años. Dicho incremento se relaciona principalmente con diversos factores predisponentes, entre ellos el exceso de peso corporal, la ausencia de embarazos y la maternidad tardía posterior a los 30 años (5).

Es así como, China registró aproximadamente 3,75 millones de diagnósticos reportados prevalentes de cáncer de mama, con 385 837 nuevos diagnósticos y 88 106 fallecimientos asociados a esta enfermedad. Los indicadores epidemiológicos mostraron un incremento significativo, evidenciado en el aumento de las tasas brutas de prevalencia, incidencia y mortalidad, así como en la carga de años de vida afectados (6). Asimismo, en este país la mastectomía alcanza aproximadamente el 78,3 % de los casos. Estas diferencias reflejan factores como el acceso al diagnóstico temprano y las prácticas médicas (3). Por otro lado, en Indonesia, la mastectomía radical modificada constituyó la técnica predominante (64,2 %), mientras que la cirugía conservadora se aplicó en una proporción considerablemente menor (15,3 %). Por su parte, las biopsias y otros procedimientos no definitivos representaron el 20,4 % de los casos (7).

Cerca del 25 % de los diagnósticos recientes de cáncer de mama a nivel global correspondieron a la región de las Américas, donde se reportaron más de 525 000 casos. En América Latina y el Caribe, cerca del 31 % de esta enfermedad afecta a mujeres menores de 50 años. Del mismo modo, alrededor del 21 % de los fallecimientos asociados a esta patología se presenta en este grupo etario, evidenciando la magnitud ocasionado por el cáncer de mama en mujeres relativamente jóvenes. Este panorama resalta la importancia de reforzar las acciones

orientadas a la prevención y al diagnóstico precoz en la región (8). Entre el 35 % y el 68 % de las pacientes con cáncer mamario en estadios clínicos I a III se someten a algún tipo de mastectomía. Dentro de las recursos quirúrgicas disponibles, la técnica de mastectomía radical modificada se posiciona actualmente como la técnica más empleada (9). Según estimaciones del Global Cancer Observatory, en Colombia se notificaron alrededor de 117 620 nuevos casos de cáncer y 56 719 muertes asociadas a esta patología, entre los tipos de cáncer con mayor incidencia destacan el cáncer de mama (17 018 casos; 14,5 %), de los cuales se posiciona como la principal neoplasia en mujeres (10).

Es así como, el cáncer se ha posicionado como una de las causas más relevantes de mortalidad en Chile, se registraron aproximadamente 59 876 nuevos casos y 31 440 defunciones asociadas a esta enfermedad, lo que evidencia su progresiva repercusión en la salud pública y la carga que representa para el sistema sanitario del país (11). Entre los años 2016 y 2024 se registraron 9 052 casos de neoplasia mamaria identificados en el país. De este total, aproximadamente el 62 % (5 629 mujeres) recibió atención a través del Sistema Único de Salud (SUS), mientras que el 30 % fue atendido mediante el sistema de seguridad social a corto plazo y el 8 % restante en el sector privado. Estos datos reflejan que la mayor proporción de la atención oncológica para esta enfermedad recae en el sistema público de salud (12). En Perú cada año se producen aproximadamente 70 000 nuevos casos de esta enfermedad oncológica, de los cuales cerca del 70 % se identifica en estadios avanzados (III y IV). Esta detección tardía limita considerablemente las alternativas de manejo clínico y disminuye las probabilidades de supervivencia de los pacientes. Asimismo, las proyecciones epidemiológicas indican que, si esta tendencia se

mantiene, para el año 2030 el número de nuevos casos anuales podría superar los 90 000, lo que representa un importante desafío para el sistema de salud y pone en evidencia la relevancia de intensificar las acciones preventivas y la detección oportuna (13).

La neoplasia mamaria es considerada la enfermedad cancerígena más común en las mujeres, con aproximadamente 7 797 nuevos casos y 1 951 muertes cada año; en promedio, 21 mujeres son diagnosticadas diariamente y 5 fallecen por esta enfermedad, lo que resalta la importancia del tamizaje mediante mamografía a partir de los 40 años para favorecer el diagnóstico precoz y mejorar las probabilidades de tratamiento exitoso. En el contexto peruano, el Ministerio de Salud del Perú ha fortalecido los programas de prevención y detección precoz del cáncer de mama, durante el año 2024 se realizaron 57 633 mamografías, cifra que representa un incremento significativo en comparación con 2023, cuando se efectuaron 10 590 tamizajes (14).

En la región Junín, el cáncer de mama constituye una de las neoplasias con mayor incidencia en la población femenina atendida en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN Centro). Según reportes de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del IREN Centro, durante los primeros cuatro años de funcionamiento del instituto se registraron 681 casos confirmados de cáncer de mama, presentándose la mayor prevalencia en mujeres entre 41 y 50 años con un 31.9 %. Asimismo, en el año 2023 se reportaron 165 nuevos casos de cáncer de mama en la macrorregión centro, posicionándose entre las neoplasias más frecuentes atendidas en dicho establecimiento y para este año tiene una casuística de 100 casos reportados. Del mismo modo, se evidenció que el 35.9 % de los casos

fueron diagnosticados en estadio III y el 22.4 % en estadio IV, reflejando un diagnóstico tardío y un mayor riesgo de complicaciones físicas y emocionales en las pacientes (15). A nivel local, un estudio realizado en mujeres mastectomizadas señaló que las pacientes presentaban alteraciones en las dimensiones física, psicológica y social de la imagen corporal posteriores a la mastectomía, afectando su autoestima, adaptación emocional y relaciones interpersonales (16).

El carcinoma mamario constituye una dolencia cuya nota distintiva reside en la multiplicación disregulada de estirpes celulares heteróclitas en el parénquima de la glándula mamaria, cuyo tratamiento puede incluir cirugía, quimioterapia y radioterapia. La mastectomía, al implicar la resección parcial o completa del tejido mamario, genera no solo consecuencias físicas, sino igualmente un quebranto relevante en la órbita afectiva y colectiva de la mujer. En tal coyuntura, la noción que se forja la mujer de su propio aspecto físico y el nivel de bienestar resultan directamente perjudicadas, constituyéndose en aspectos clave dentro del proceso de adaptación y recuperación (17). De ahí que estos resultados patenten la relevancia de ejecutar prestaciones cuidadoras de carácter precoz y global en el ámbito de la enfermería, orientadas no solo al cuidado físico, sino también al acompañamiento emocional y psicológico de la mujer, incluso desde etapas previas a la intervención quirúrgica.

En cuanto a los antecedentes, en el ámbito internacional, se encuentra el estudio realizado por Sançar et al. (18), en el 2025, tuvo como objetivo analizar la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres a quienes se les hubiese practicado una resección quirúrgica de la glándula mamaria parcial o total. Para ello, se llevó a cabo un estudio de corte transversal en un hospital del sur de Turquía. Lo obtenido

del estudio denotó una interdependencia negativa entre la imagen corporal, el estado de salud general y la función social con ($r= 0.503$; $p<0.001$), y una relación positiva con la capacidad funcional; además, se evidenció que el tipo de mastectomía influye significativamente, siendo más negativa la percepción en féminas sometidas a resección quirúrgica del seno con ($r=-0.487$; $p<0.001$). En conclusión, la percepción de la imagen corporal se asocia directamente con la calidad de vida, destacando la importancia de brindar apoyo psicosocial y atención individualizada tras la cirugía.

Asimismo, el estudio de Andersen et al. (19), en el 2024, efectuado en Dinamarca, tuvo como objetivo explorar los factores relacionados con el tratamiento, así como variables socioeconómicas y psicológicas que influyen en la imagen corporal y la reincorporación laboral en féminas sometidas a resección quirúrgica del seno. Los resultados evidenciaron que donde el 68% siendo 21 de 32 paciente que presentó una disminución significativa de la imagen corporal tras la cirugía, asociada a menor edad, mayor extensión quirúrgica y tratamientos adyuvantes; además, la quimioterapia se relacionó con menor capacidad laboral y retraso en la reincorporación, mientras que niveles altos de ansiedad inicial influyeron negativamente en ambos aspectos. En conclusión, la cirugía y los tratamientos complementarios afectan la imagen corporal y el desempeño laboral, por lo que es fundamental considerar factores clínicos y personales en la planificación del tratamiento y la rehabilitación integral de las pacientes.

Por otro lado, un estudio realizado por Mudiyanse et al. (20), en el 2023, llevado a cabo en Taiwán, tuvo como objetivo evaluar los cambios en la calidad de vida, el estado psicológico y la imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía o

reconstrucción mamaria durante 8 años. Se realizó un estudio longitudinal. Los desenlaces patentizan que la restitución quirúrgica de la glándula mamaria se asoció con mejor calidad de vida en los primeros años, pero con mayor ansiedad/depresión, mientras que la mastectomía presentó mayor estabilidad y menor depresión. En conclusión, la ansiedad y depresión mostraron asociación significativa con la disminución de la calidad de vida ($p<0.001$), después de la mastectomía.

De manera complementaria, una averiguación desarrollada por Phoosuwan et al. (21), en el 2023, realizado en Suecia, tuvo como objetivo analizar la satisfacción con la vida, la percepción de la imagen corporal y los factores relacionados en pacientes del sexo femenino que padecen neoplasia de la mama, subsiguientemente a una extirpación quirúrgica de esta. Para ello, se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal. Lo obtenido del estudio develó que la imagen corporal se asocia significativamente con la satisfacción vital, siendo influenciada por factores como la edad, los tratamientos (quimioterapia y reconstrucción) y las fuentes de información; además, se observó mayor insatisfacción en mujeres jóvenes y con ciertos tratamientos con un ($p<0.01$). En conclusión, los factores sociodemográficos y clínicos influyen en la imagen corporal y la satisfacción con la vida, por lo que se requiere brindar información adecuada y apoyo psicológico en el seguimiento.

A su vez, una exploración científica realizada por Ettridge et al. (22), en 2022, aplicado en Australia, tuvieron como alcance analizar la asociación entre la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con carcinoma de mama. El estudio fue de enfoque cuantitativo. Los resultados evidenciaron que las pacientes que presentaban una mayor apreciación de su cuerpo y de su funcionalidad mostraban mejores niveles de calidad de vida, mientras que

aquellas con insatisfacción corporal presentaban mayores afectaciones físicas, emocionales y sociales. Se concluye que la insatisfacción corporal presentó la asociación más fuerte con la disminución de la calidad de vida, observándose correlaciones de magnitud moderada a alta ($r = 0.20-0.44$).

Asimismo, se cuenta con investigaciones nacionales como de Nepo-Fernández et al. (23), en el 2025, en Lambayeque, tuvo como objeto establecer la interdependencia entre la percepción del contorno corporal y la calidad de vida en pacientes del sexo femenino a quienes se les hubiese practicado una resección mamaria. Para ello, se desarrolló un estudio de enfoque prospectivo, analítico y de corte transversal. Los hallazgos mostraron que una proporción considerable de participantes presentó una percepción negativa de su imagen corporal, así como niveles bajos de calidad de vida. No obstante, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Paralelamente, se evidenció que ítems como el nivel de instrucción letrada, la ocupación, el tipo de tratamiento recibido y el soporte psicológico ejercieron mayor influencia sobre la calidad de vida. En ese sentido, se demuestra que el 80.8 % de las mujeres presentó percepción desfavorable de la imagen corporal y el 32.5 % evidenció calidad de vida deficiente, hecho que denota la impostergable necesidad de un cuidado íntegro y multidisciplinario.

Para Molina, A. y Rivera, M (24) en el 2025, realizado en Lima, tuvieron objetivo de delimitar la asociación existente entre la calidad de vida y la autoestima en esta población específica femenina. El estudio fue acometido bajo un prisma de corte cuantitativo con diseño correlacional. Los resultados demostraron que más del 60 % de las mujeres mastectomizadas presentó disminución de autoestima y afectación

en las dimensiones emocional y social de la calidad de vida posterior a la cirugía. En consecuencia, se resalta la relevancia de fortalecer el aspecto psicológico y emocional como parte fundamental del proceso de adaptación y bienestar en pacientes sometidas a mastectomía.

Además, Arapa Turpo (25) en el 2024, efectuado en Arequipa constituyó como finalidad examinar la interdependencia entre la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes mastectomizadas, la investigación fue de tipo no experimental, con diseño descriptivo y de corte transversal. Los resultados evidenciaron que el 69,44 % presentó una capacidad funcional moderada, mientras que el 25 % fue severa y el 5,56 % leve; además, se identificaron manifestaciones como dolor, debilidad, hormigueo y dificultades para dormir, así como niveles moderados de ansiedad. Se evidencia que hay una correspondencia significativa entre la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes mastectomizadas, lo que evidencia la importancia de considerar el estado funcional en su bienestar integral.

Por otro lado, el estudio de Rosales et al. (26), en el 2024, efectuado en Lima, tuvo como objetivo identificar los estilos de afrontamiento en pacientes del sexo femenino que hubieren padecido una extirpación quirúrgica de la mama debido a un carcinoma en dicho tejido en el Hospital Santa Rosa. Se desarrolló un trabajo de escrutinio cuantioso, descriptiva y de un solo momento temporal con 30 participantes. Los hallazgos patentizaron que el 90% de la casuística recurrió a un manejo focalizado en el afecto, al que le siguió, en menor proporción, el afrontamiento dirigido al meollo de la cuestión, así como otras modalidades de estilo. En conclusión, predomina el afrontamiento emocional, evidenciando la

necesidad de fortalecer estrategias adaptativas en la atención integral de estas pacientes.

Por último, Espinoza Valdivia et al. (27), en el 2023, realizado en Lima, tuvo como finalidad el contrastar la conformidad y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas que presentaran o carecieran de restitución quirúrgica de la glándula mamaria en el Centro Oncológico Aliada. Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Lo obtenido del estudio develó que las féminas intervenidas mediante mamoplastia reconstructiva alcanzaron una satisfacción y mejor calidad de vida, especialmente en bienestar sexual y satisfacción con el pecho. En conclusión, la reconstrucción mamaria se asocia ($p<0.05$) con mejores resultados en calidad de vida, constituyendo una alternativa beneficiosa en el manejo integral del cáncer de mama.

Dentro del marco teórico, el tumor maligno de la glándula mamaria se conceptualiza cual afección causada por la reproducción irregular y desmandada de células deletéreas en el seno del tejido mamario, en particular, dentro de los acueductos galactóforos y en los corpúsculos lobulares tienen a su cargo la fabricación del fluido lácteo. Esta alteración se produce debido a modificaciones genéticas que afectan los mecanismos encargados de regular el crecimiento, la división y la apoptosis celular. Como resultado, las células cancerígenas se multiplican de manera desorganizada, formando tumores con capacidad de invadir estructuras adyacentes y propagarse hacia otros órganos mediante el sistema linfático o el torrente sanguíneo. Asimismo, la aparición y el curso evolutivo de esta neoplasia entrañan la interacción de diversos factores hereditarios, hormonales, ambientales y concernientes al tenor de vida (17).

En sus etapas iniciales, el tumor maligno del seno puede manifestarse de manera insidiosa, por lo que muchas veces no presenta síntomas evidentes. Sin embargo, algunos signos de alerta pueden incluir la presencia de un nódulo o masa en la mama, modificaciones en la morfología o la magnitud del pecho, variaciones en el revestimiento cutáneo como enrojecimiento o retracción, secreción por el pezón o inflamación en la zona axilar. Debido a que los síntomas pueden ser poco evidentes en las primeras fases, la detección temprana mediante exámenes como la mamografía, la ecografía mamaria y la autoexploración resulta fundamental para aumentar las probabilidades de diagnóstico oportuno y tratamiento efectivo (28).

Una vez confirmado el diagnóstico, el manejo del cáncer de mama requiere un abordaje multidisciplinario, en el cual intervienen facultativos especializados en neoplasias, quirúrgicos, expertos en radiodiagnóstico, psicólogos así como otros profesionales pertenecientes al gremio de la salud. El tratamiento se determina considerando diversos factores, como la categoría del carcinoma, su tamaño, y la etapa nosológica en que se halla, la presencia o no de metástasis y las características individuales de la paciente. Entre las principales modalidades terapéuticas se encuentran la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia y, en algunos casos, las terapias dirigidas o inmunoterapia (29).

Dentro de estas alternativas, la cirugía constituye uno de los tratamientos más utilizados para controlar la enfermedad, dependiendo del avance del tumor, el procedimiento puede ser conservador, cuando se extirpa únicamente el tumor junto con una pequeña porción del tejido circundante, o más radical cuando se requiere retirar toda la mama. En los casos en que el tumor es extenso, existen múltiples lesiones o hay un alto riesgo de propagación, los especialistas pueden indicar la

mastectomía (30). Antes o después de la cirugía, muchas pacientes reciben tratamientos complementarios como la quimioterapia o la radioterapia buscando eliminar por completo toda estirpe cancerígena remanente así como atenuar la reincidencia de la patología (31).

Asimismo, en ciertos tipos de cáncer de mama que dependen de hormonas como el estrógeno o la progesterona, se puede indicar hormonoterapia para bloquear estos estímulos y evitar el crecimiento del tumor. Por otro lado, como parte del tratamiento se encuentra la mastectomía, lo cual conlleva la extirpación, sea unilateral o bilateral, así como parcial o total, del tejido mamario (32). Esta intervención representa un hito transcendental en el devenir vital de la mujer, no solo por las implicancias médicas, sino también por el impacto que puede generar en su esfera emocional, social y personal. La mama posee un fuerte significado simbólico relacionado con la feminidad, la maternidad y la identidad corporal, por lo que su pérdida puede producir cambios importantes en la manera en que la mujer se percibe a sí misma y en cómo se relaciona con su entorno (33).

En este contexto, pasan a ser consideradas mujeres mastectomizadas, lo que implica no solo la superación de una intervención quirúrgica, sino también un proceso de adaptación física, emocional y social, este proceso suele requerir acompañamiento integral, por cuanto el impacto del padecimiento y de los tratamientos puede repercutir en ámbitos como el autoconcepto, la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida (34).

En relación a ello, uno de los aspectos más sensibles a lo largo del proceso de restitución de la salud es la percepción de la imagen corporal, entendida como la forma en que una persona percibe, interpreta y valora su propio cuerpo, esta

percepción no se limita únicamente a la apariencia física, sino que también incluye los pensamientos, emociones y significados que cada individuo atribuye a su imagen corporal. Se trata de una construcción psicológica influenciada por experiencias personales, factores socioculturales y por los ideales estéticos predominantes en la sociedad (35).

En las mujeres sometidas a mastectomía, la percepción de la imagen corporal suele experimentar alteraciones significativas como consecuencia de los cambios físicos ocasionados por el procedimiento quirúrgico. La ausencia de la mama puede provocar una percepción de discontinuidad o transformación respecto a la imagen corporal previamente construida, ya que para muchas mujeres esta parte del cuerpo está estrechamente vinculada con la feminidad, la sexualidad y la identidad femenina. Como resultado, algunas pueden experimentar sentimientos de vulnerabilidad, tristeza o disminución de la autoestima mientras atraviesan el proceso de adaptación a su nueva realidad corporal (36).

A pesar de estas dificultades, la reconstrucción de la imagen corporal es un procedimiento gradual que puede fortalecerse con el acompañamiento adecuado. El apoyo emocional, familiar y profesional permite que muchas mujeres logren resignificar su cuerpo, enfocándose no solo en los cambios físicos, sino también en la fortaleza y resiliencia desarrolladas al enfrentar la enfermedad. De esta manera, con el tiempo es posible reconstruir una percepción más positiva de sí mismas y recuperar la confianza personal (37).

En cuanto a esta variable se encuentra como primera dimensión, el aspecto físico, la mujer puede experimentar alteraciones en la percepción de su cuerpo, evidenciándose en la insatisfacción con la apariencia, la focalización en la zona

intervenida o la sensación de pérdida de integridad corporal. La segunda dimensión, el aspecto psicológico, surgen pensamientos y emociones negativas como disminución de la autoestima, ansiedad, tristeza o afectación en la identidad femenina, influenciadas por la interpretación personal de los cambios corporales. Finalmente, la tercera dimensión, en el aspecto social, estas transformaciones pueden repercutir en la interacción con el entorno, manifestándose en conductas de aislamiento, inseguridad en las relaciones interpersonales o dificultad para reintegrarse a sus actividades habituales, condicionando de forma destacable la calidad de vida (38).

En relación con lo anterior, otro aspecto fundamental es la calidad de vida, constructo que hace referencia al nivel de bienestar que experimenta una persona en diferentes dimensiones de su vida, incluyendo el estado físico, emocional, social y funcional. Dentro de la esfera de la salud, la calidad de vida no se limita a la pura falta de enfermedad, sino que abarca asimismo la potencia del sujeto para desenvolverse en su hábitat cotidiano, mantener relaciones satisfactorias y sentirse plena en su vida cotidiana (39).

En lo que atañe a las mujeres que han experimentado un diagnóstico de cáncer de seno y una posterior resección mamaria, la calidad de vida puede quedar determinada por disímiles agentes. Los cambios físicos, los efectos de los tratamientos oncológicos y las repercusiones emocionales del proceso pueden impactar en su bienestar general. Paralelamente, la percepción de su contorno físico, la autoestima, el soporte familiar y la opción de retornar a sus labores habituales constituyen un factor determinante en la forma en que cada mujer encara su proceso de recuperación (40).

Asimismo, la calidad de vida en pacientes a quienes se ha extirpado la glándula mamaria se interpreta como un constructo de variadas aristas que refleja el grado de bienestar frente a las alteraciones físicas sobrevenidas, emocionales y sociales derivados del proceso de afección y abordaje terapéutico. En este sentido, la variable calidad de vida se operacionaliza a través de diversas dimensiones que permiten valorar de manera integral la experiencia de la mujer en su proceso de adaptación (41).

La primera de ellas es la función física concierne a la potencia de la mujer para realizar actos primarios y rutinarios, como movilizarse, realizar autocuidado o cumplir tareas domésticas. Tras una mastectomía, esta dimensión puede verse afectada por la disminución de la fuerza, la presencia de linfedema o la limitación del movimiento, lo cual influye directamente en la autonomía y en la percepción de independencia. Por su parte, el rol físico evalúa el nivel en que los trastornos de salud dificultan el cumplimiento de responsabilidades laborales, familiares o sociales, evidenciando cómo las secuelas físicas del tratamiento pueden generar restricciones en el desempeño habitual (41).

En cuanto al rol emocional, este aborda el impacto de los estados emocionales en la capacidad para desempeñarse en el vivir rutinario. La presencia de ansiedad, tristeza o temor frente a la enfermedad puede limitar la concentración, la adopción de determinaciones y el contacto con el ámbito exterior. A su vez, el dolor corporal constituye una dimensión clave, ya que considera tanto la intensidad como la frecuencia del dolor físico, el cual puede persistir incluso después del tratamiento y afectar el descanso, la capacidad de desplazamiento y el estado integral de plenitud de la mujer. La dimensión de salud en general recoge la percepción global que la

paciente tiene sobre su estado de salud, integrando aspectos físicos, emocionales y sociales. En relación con la vitalidad, se evalúan los niveles de energía, el cansancio y la sensación de fatiga, elementos que suelen estar comprometidos en pacientes oncológicas, afectando su motivación y capacidad para realizar actividades diarias (42).

Finalmente, la función social indaga acerca de la intensidad de inserción en labores colectivas y la calidad de las relaciones interpersonales, considerando que muchas mujeres pueden experimentar aislamiento debido a cambios en su imagen corporal o temor al estigma. La salud mental, por su parte, abarca el bienestar psicológico general, incluyendo la estabilidad emocional, la autoestima y la capacidad de afrontamiento frente a la enfermedad. En conjunto, estas dimensiones permiten un escrutinio íntegro de la calidad de vida, evidenciando cómo la mujer mastectomizada enfrenta y se adapta a los cambios (34).

La mujer que enfrenta una mastectomía a causa del cáncer de mama atraviesa una situación compleja que implica cambios físicos, emocionales y sociales, esta intervención no solo afecta su estado de salud, sino también su imagen corporal, autoestima y relaciones familiares y sociales. Diversos estudios señalan que la extirpación del pecho puede engendrar sentimientos de desamparo y trastocar la imagen que la mujer posee de su propia esencia femenina y la sexualidad, constituyendo un proceso de adaptación que impacta significativamente en la identidad y bienestar emocional de la mujer (43).

En cuanto a la base teórica, se encuentra la Teoría de Adaptación de Callista Roy plantea que la persona es un ser integral que interactúa de manera constante con su entorno, enfrentando diversos estímulos que influyen en su estado de salud. Desde

esta perspectiva, el individuo posee la capacidad de adaptarse mediante procesos internos que incluyen respuestas fisiológicas y psicológicas, la capacidad de amoldamiento se concibe como un fenómeno energético orientado a mantener la armonía y la consistencia del sujeto ante circunstancias que fluctúan, especialmente aquellas relacionadas con la enfermedad (44).

En este marco, el rol de la enfermería se centra en favorecer respuestas adaptativas positivas que contribuyan al bienestar del paciente, la teoría enfatiza que, ante eventos adversos o cambios significativos, el profesional de enfermería debe intervenir para fortalecer los mecanismos de afrontamiento. De esta manera, se busca que la persona logre una adecuada adaptación que impacte favorablemente en su calidad de vida y en su proceso de recuperación (45).

La teórica se organiza en cuatro modos de adaptación que permiten analizar de forma integral la respuesta del individuo. El ámbito fisiológico se relaciona con las funciones del cuerpo y las necesidades primordiales; el ámbito del autoconcepto examina la representación mental que la persona forja de sí; el ámbito de la función por rol señala los personajes que interpreta en la vida social; y el ámbito de la interrelación dependiente incluye las relaciones interpersonales y redes de apoyo, estos modos facilitan la identificación de respuestas adaptativas o ineficaces frente a los estímulos (46).

En el contexto de la investigación sobre mujeres mastectomizadas, esta teoría permite comprender cómo la cirugía actúa como un factor desencadenante de cambios físicos y emocionales. La alteración del cuerpo impacta en la percepción de la imagen corporal, especialmente en el autoconcepto, de forma paralela puede influir en los roles sociales y en las relaciones interpersonales. Así, la Teoría de

Adaptación de Roy ofrece un marco conceptual sólido para analizar cómo estas mujeres enfrentan su proceso de adaptación y cómo ello repercute en su calidad de vida, orientando intervenciones de enfermería más integrales y humanizadas (42). La presente investigación se justifica por la elevada prevalencia del cáncer de mama en la región Junín, lo que hace necesario profundizar en la comprensión de sus consecuencias más allá del ámbito clínico. En este contexto, resulta pertinente analizar la asociación en la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en féminas sometidas a mastectomía, en tanto que ambas esferas condicionan de modo significativo el proceso de restauración y la adecuación posterior a la intervención terapéutica.

Desde la relevancia social, el presente estudio adquiere importancia al reconocer que el cáncer de mama trasciende el ámbito físico, afectando también la imagen corporal, el estado anímico pleno y la actuación de la fémina en su seno doméstico y comunitario. En este sentido, investigar estas variables permitirá comprender mejor la realidad que enfrentan las mujeres mastectomizadas y contribuirá al diseño de intervenciones orientadas a favorecer su recuperación integral y su adecuada reintegración social.

En cuanto a la utilidad práctica, la investigación permitirá identificar cómo las mujeres afrontan el proceso de aceptación de la mastectomía y su adaptación a los cambios corporales. A partir de estos hallazgos, se podrán proponer estrategias de apoyo emocional, educativo y social que fortalezcan su capacidad de afrontamiento, promoviendo una noción más optimista de su propio contorno físico.

Respecto al valor teórico, el estudio aportará al fortalecimiento del conocimiento metódico en la disciplina de la enfermería y la atención oncológica, al integrar

dimensiones físicas, referidas al espíritu y a la colectividad en la indagación sobre la mujer mastectomizada. De esta manera, se ampliará la comprensión de la importancia entre la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida, contribuyendo a sustentar futuras investigaciones y enfoques de cuidado más humanizados, centrados en la persona y no solo en la enfermedad.

Finalmente, la utilidad metodológica radica en que la investigación permitirá emplear y validar instrumentos que midan con criterio objetivo la noción de la imagen corporal y la calidad de vida en este grupo poblacional. Estos instrumentos podrán ser utilizados en contextos similares, facilitando la obtención de datos confiables y comparables con la realidad observada.

En consecuencia, la motivación para desarrollar la presente investigación surge a partir de la observación de las necesidades emocionales y psicológicas que presentan las mujeres mastectomizadas durante su proceso de recuperación. Durante la atención en el área oncológica, se evidenció que muchas pacientes experimentan dificultades en la aceptación de los cambios físicos ocasionados por la mastectomía, afectando su autoestima, relaciones interpersonales y calidad de vida. Por consiguiente, se suscita la siguiente interrogativa ¿Cuál es la relación que existe entre la percepción de su imagen corporal y calidad de vida de la mujer mastectomizada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; Concepción-Junín, 2026?

Asimismo, se tiene formulada la siguiente hipótesis

HO: No existe relación significativa entre la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Concepción – Junín, 2026.

HI: Existe relación significativa entre la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Concepción – Junín, 2026.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre la percepción en su imagen corporal y calidad de vida de la mujer mastectomizada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Concepción – Junín, 2026

Objetivos Específicos

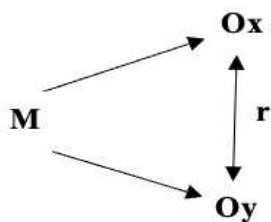
- Identificar la relación entre el aspecto físico de la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas
- Identificar la relación entre el aspecto psicológico de la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas
- Identificar la relación entre el aspecto social de la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio

La pesquisa se ejecutará bajo un enfoque cuantitativo, de tipo básica, destinado a la colecta y al análisis de datos numerarios que viabilicen la cuantificación que permitan medir la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida, así como establecer la relación existente entre ambas variables en mujeres mastectomizadas. En este sentido, presenta un alcance correlacional. Asimismo, corresponde a un diseño no experimental, dado que no se efectúa una alteración deliberada de las variables, sino que dichas se observan del mismo modo en que acaecen en su ambiente natural. Del mismo modo, es de corte transversal, por cuanto la toma de los datos se concreta en una única ocasión dentro del tiempo, lo que posibilita la delimitación y el estudio de la relación entre los parámetros en la población estudiada, identificando vínculos estadísticos en un periodo determinado (47).

Esquemáticamente es expresada de esta forma



Dónde:

M= Muestra:

OX = Observación de la variable 1

OY = Observación de la variable 2

r = Correlación

3.2 Población

Para la actual pesquisa, el colectivo poblacional se conformará de 80 mujeres, fue determinada a partir de la base de datos institucional del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) – Centro, registradas y atendidas en los consultorios externos de dicha institución.

Criterios de selección:

Criterio de inclusión

- Mujeres de 20 a 40 que fueron mastectomizadas en el año 2026 en el IREN Concepción.
- Mujeres que participen voluntariamente del estudio.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Mujeres que encuentren al post operatorio inmediato.
- Mujeres que no deseen participar en el estudio.

3.3 Muestra y Muestreo

Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que las participantes fueron elegidas de acuerdo con su disponibilidad y cumplimiento de los criterios de inclusión, considerando además la accesibilidad a la información clínica y la disposición para participar en el estudio. Por consecuencia, se tendrá una muestra de 50 mujeres que pasaron por el proceso de mastectomía.

3.4 Técnica de recolección de datos

Para la obtención de la información se utilizará la encuesta como técnica, aplicándose un cuestionario de tipo escala de Likert modificada sobre Imagen corporal, elaborado en el año 2008 por Escobar Rodríguez Evelyn (50), la validez de dicho instrumento fue sometido a 7 juicios de expertos profesionales especializados en investigación y oncología del INEN, entre ellos 3 enfermeros, un psiquiatra, un psicólogo, un sociólogo y un estadístico.

El presente instrumento cuenta con validez y confiabilidad comprobadas mediante una prueba piloto a través de la correlación ítem-test utilizando el coeficiente de Pearson, obteniéndose valores superiores a 0.2 ($r > 0.2$), lo que evidencia la adecuada validez de los ítems. Asimismo, fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha > 0.50$), alcanzando un nivel de consistencia del 90%, lo que indica una alta fiabilidad del instrumento (50).

El cuestionario está estructurado en las siguientes secciones: presentación, introducción, instrucciones, datos generales y preguntas. Está compuesto por 32 ítems, tanto positivos como negativos, relacionados con las dimensiones física, psicológica y social de la imagen corporal. Las opciones de respuesta del instrumento se encuentran organizadas en las categorías: siempre, a veces y nunca. En los ítems formulados de manera positiva, la calificación asignada será de 3 puntos para siempre, 2 puntos para a veces y 1 punto para nunca. En contraste, para los ítems redactados de forma negativa, la puntuación se invertirá, otorgándose 3 puntos a la respuesta nunca, 2 puntos a a veces y 1 punto a siempre. El puntaje total

obtenido permitirá clasificar la percepción de la imagen corporal en favorable o desfavorable. Se considerará favorable un puntaje entre 75 y 96, y desfavorable entre 32 y 74 (50).

Las 32 preguntas se distribuyen en tres dimensiones de la siguiente manera:

- **Dimensión física:** incluye los ítems 1, 3, 4, 7, 13, 14, 18 y 22. Se considera percepción favorable con puntajes entre 22 y 33, y desfavorable entre 11 y 21.
- **Dimensión psicológica:** comprende los ítems 2, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27 y 28. Se clasifica como favorable con puntajes entre 28 y 33, y desfavorable entre 11 y 27.
- **Dimensión social:** abarca los ítems 5, 8, 10, 17, 22, 25, 26, 29, 30, 31 y 32. Se considera favorable con puntajes entre 27 y 33, y desfavorable entre 10 y 26.

Por otro lado, el cuestionario de calidad de vida SF-36, en su versión en español, tiene como antecedente el instrumento original desarrollado por John E. Ware Jr. y Cathy Donald Sherbourne en 1992, en el marco del estudio Medical Outcomes Study (MOS). Posteriormente, la versión española fue adaptada por Alonso, Prieto y Antó en 1995, constituyéndose en uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud debido a sus adecuadas propiedades psicométricas y su aplicación en diversos contextos clínicos y poblacionales (51).

El SF-36 está compuesto por 36 ítems destinados a valorar percepciones positivas y negativas del estado de salud. Las alternativas de respuesta varían entre tres y seis opciones según la naturaleza de cada pregunta. Asimismo, la puntuación se transforma en una escala de 0 a 100 puntos, donde los valores más bajos representan una menor calidad de vida y los puntajes más altos evidencian mejores condiciones de salud. El instrumento evalúa ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (51).

El instrumento de calidad de vida se estructura en dimensiones que agrupan los ítems de manera específica: función física (ítems 3–12), rol físico (ítems 13–16), dolor corporal (ítems 21–22), salud general (ítems 1–2 y 33–36), vitalidad (ítems 23, 27, 29 y 31), función social (ítems 20 y 32), rol emocional (ítems 17–19) y salud mental (ítems 24–26). Cada dimensión es evaluada mediante una escala de respuesta tipo Likert, asignando puntajes que permiten cuantificar el nivel de percepción en cada área. La suma de los puntajes por dimensión posibilita la obtención de indicadores diferenciados de calidad de vida, los cuales son interpretados según rangos establecidos que clasifican los resultados en niveles de adecuado, regular o bajo, según la distribución de puntajes obtenidos (51).

En cuanto a la calificación, las dimensiones función física, rol físico y rol emocional presentan respuestas dicotómicas, asignándose un punto para la respuesta afirmativa y cero para la negativa. Por otro lado, las dimensiones dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental utilizan escalas tipo Likert con puntuaciones variables según la intensidad o frecuencia de la respuesta. El puntaje global del instrumento alcanza un máximo de 100 puntos, permitiendo

clasificar la calidad de vida en tres niveles: deficiente de 0 a 49 puntos, regular de 50 a 74 puntos y buena de 75 a 100 puntos (51).

Respecto a la validez del instrumento, Ramírez realizó en el año 2019 un proceso de validación en el contexto nacional mediante juicio de expertos, en el que participaron cinco profesionales con grado de magíster, quienes concluyeron de manera unánime la aplicabilidad y pertinencia del cuestionario. Asimismo, la validez de constructo evidenció correlaciones adecuadas entre las dimensiones del SF-36 y el puntaje total del instrumento, obteniéndose coeficientes entre $r=0,53$ y $r=0,74$, resultados que respaldan la consistencia teórica del cuestionario. Del mismo modo, al compararse con las dimensiones del instrumento KDQOL, el SF-36 presentó mejores niveles de correlación en sus versiones adaptadas al español (52).

En relación con la confiabilidad, el cuestionario SF-36 mostró adecuados niveles de consistencia interna en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, alcanzando valores superiores a 0,70 según el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis por dimensiones evidenció que función física obtuvo el nivel más alto de confiabilidad con un $\alpha=0,92$, mientras que función social registró el valor más bajo con $\alpha=0,50$; no obstante, ambos resultados permiten considerar al instrumento como confiable para su aplicación en investigaciones relacionadas con calidad de vida (52).

Procedimiento de recolección de datos

La conducción del estudio se inicia con la formulación del problema, la delimitación del tema, la definición de las variables y la determinación de su

alcance. Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se procede a la elaboración integral del contenido del estudio. Al culminar esta etapa, el documento será sometido a un software de detección de similitud (Turnitin), el cual generará un informe que garantice la originalidad del trabajo. Por consiguiente, el proyecto será remitido al Comité de Ética de la institución académica para su revisión.

Seguidamente, se efectuará el registro del estudio en la plataforma del Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI).

Asimismo, el proyecto será revelado ante la instancia correspondiente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su evaluación y aprobación. Una vez obtenida dicha aprobación. Asimismo, para la ejecución del estudio, se realizará previamente una gestión documental dirigida a la Unidad de Docencia e Investigación del IREN Centro, con la finalidad de obtener la autorización correspondiente para el desarrollo del proyecto en el servicio de Consultorios Externos. Posteriormente, se coordinará con el personal responsable del servicio para establecer los días y horarios destinados a la ejecución de los recursos metodológicos. Se abordará de manera individual a cada participante en el momento de su asistencia a consulta externa. Previamente a la aplicación de los cuestionarios, se brindará información clara y detallada acerca de los objetivos de la investigación, garantizando la participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.

La aplicación de los instrumentos será realizada por la investigadora en un consultorio cerrado proporcionado por la institución, garantizando un ambiente tranquilo, privado y adecuado para la recolección de datos. La ejecución se llevará

a cabo a partir de fines de julio del presente año, en el horario de 9:00 a.m., inmediatamente después de la consulta médica programada. La población estará conformada por mujeres mastectomizadas con un periodo postoperatorio de al menos seis meses. Cada participante responderá el cuestionario de percepción de imagen corporal y el cuestionario de calidad de vida SF-36 en un tiempo aproximado de 20 a 25 minutos, asegurando en todo momento la confidencialidad y el anonimato. Durante la aplicación, la investigadora estará disponible para resolver dudas o brindar orientación, sin influir en las respuestas de las participantes.

Una vez culminada la recolección de datos, los cuestionarios serán revisados para verificar que se encuentren correctamente completados. Posteriormente, la información obtenida se le asignará un código y se la incorporará a un banco de información en el software Microsoft Excel, luego se la someterá a tratamiento estadístico mediante el software estadístico correspondiente para su análisis e interpretación.

3.5 Aspectos éticos del estudio

A fin de llevar a cabo la presente pesquisa, se contará con la autorización de la institución atinente y con el consentimiento debidamente explicitado de las féminas involucradas, salvaguardando en todo momento el carácter secreto de los datos proporcionados.

La ejecución del estudio acatará los principios basales de la bioética:

- **Autonomía:** se respetará la voluntad no coaccionada de las participantes, las cuales otorgarán su aquiescencia informada por escrito con anterioridad a su ingreso en la pesquisa.
- **Beneficencia:** se busca generar beneficios para las mujeres que pasaron por el proceso de mastectomía, contribuyendo a identificar aspectos relacionados con la percepción de su imagen corporal y calidad de vida, con la finalidad de fortalecer y mejorar los cuidados especializados brindados por el colectivo de enfermeras.
- **No maleficencia:** se asegurará que la investigación no ocasione ningún tipo de daño a las participantes.
- **Justicia:** el conjunto completo de las mujeres admitidas que se hallen en consonancia con los criterios estipulados de inclusión tendrá las mismas oportunidades de ser seleccionadas para formar parte del estudio, sin distinción alguna. Asimismo, la información acopiada se aplicará exclusivamente a fines de enseñanza e investigación.

3.6 Plan de análisis

Consumada la administración y codificación del instrumento, se acometerá la creación de la base de datos en el programa Microsoft Excel. Seguidamente, los datos se tratarán mediante el software estadístico en su versión SPSS 29. Se efectuará la prueba de correlación de Spearman, adoptando un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los resultados obtenidos se presentarán a través de tablas y representaciones gráficas, facilitando así una mejor organización, análisis e interpretación de la información recogida.

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

4.1 Presupuesto

Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Uso de computadora	Hora de uso	100	S/.3.00	S/.300.00
Uso de impresora	Hoja impresa	500	S/.0.20	S/.100.00
Movilidad local	Pasaje	120	S/.2.00	S/.240.00
Movilidad interprovincial	Pasaje	20	S/.50.00	S/.1000.00
Papel de tesis	Millar	2	S/.60.00	S/.120.00
Digitación de texto	Hoja digitada	100	S/.2.50	S/.250.00
Cuaderno de apuntes	Unidad	1	S/.0.50	S/.0.50
Lápices, lapiceros	Unidad	3	S/.1.50	S/.4.50
Borradores	Unidad	1	S/.0.60	S/.0.60
Memoria USB	Unidad	1	S/.50.00	S/.50.00
			TOTAL	S/.2065.80

4.2 Cronograma

Actividades	2026					
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos
Selección del tema	X					
Introducción	X					
Situación del problema y antecedentes	X					
Marco teorico y pregunta Justificación	X					
Objetivos	X					
Material y metodos Diseño de estudio, población, muestra y defincion operacional	X					
Procedimeintos y técnicas		X				
Principios éticos y plan de análisis		X				
Presupuesto y cronograma			X			
Revisión bibliografica				X		
Anexos					X	
Sustentación y entrega de informe final						X

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel RL, Kratzer TB, Wagle NS, Sung H, Jemal A. Cancer statistics, 2026. *CA Cancer J Clin.* 2026 Jan;76(1). doi:10.3322/CAAC.70043 PubMed PMID: 41528114.
2. Breastcancer. Datos y estadísticas sobre el cáncer de mama [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 2]. Available from: <https://www.breastcancer.org/es/datos-estadisticas>
3. Huang C, Lin Z, Ming J. The current status and hot topics of endoscopic techniques in breast cancer surgery: a global bibliometric and visualization analysis (1999–2024). *Gland Surg.* 2026 Jan;15(1):9–9. doi:10.21037/GS-2025-AW-456
4. American Cancer Society. Breast Cancer Statistics [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html>
5. United States Cancer Statistics. Breast Cancer Among Women Younger Than 45 | U.S. Cancer Statistics | CDC [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/united-states-cancer-statistics/publications/breast-cancer-among-young-women.html>
6. Long Z, Qiu Y, Long Z, Jin Z. Epidemiology of breast cancer in Chinese women from 1990 to 2021: a systematic analysis and comparison with the global burden. *BMC Cancer.* 2025;25:3. doi:10.1186/s12885-024-13336-w
7. Arimbi D, Amelia A. Stage at Diagnosis and Surgical Management of Breast Cancer at Dumai Regional Hospital, 2020–2025. *Indonesian Journal of*

- Pharmaceutical Education. 2026 Feb 1;6(1):93–102.
doi:10.37311/IJPE.V6I1.36638
8. Cáncer de mama - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
 9. Correa D, Villa A, Gallego S. Características epidemiológicas de pacientes sometidas a reconstrucción mamaria: estudio de corte transversal en una institución de referencia. Rev Col Cirugía Plástica y Reconstructiva [Internet]. 2022 [cited 2026 Apr 2];28(2). Available from: https://revistacioplastica.com/files/9_20CARACTERISTICAS_20EPIDEMIOLOGICAS_20IOL_C3_93GICAS.pdf
 10. World Health Organization. GLOBAL CANCER OBSERVATORY [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf>
 11. Vacarezza C, Araneda J, Gonzalez P, Arteaga O, Marcelain K, Castellon EA, et al. A snapshot of cancer in Chile II: an update on research, strategies and analytical frameworks for equity, innovation and national development. Biol Res. 2024 Dec 1;57(1):95. doi:10.1186/s40659-024-00574-2 PubMed PMID: 39696714.
 12. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia - La detección temprana del cáncer de mama salva vidas: el sus garantiza atención integral gratuita a mujeres en Bolivia [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 13]. Available from: [https://www.minsalud.gob.bo/8847-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-](https://www.minsalud.gob.bo/8847-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-mama-salva-vidas-el-sus-garantiza-atencion-integral-gratuita-a-mujeres-en-bolivia)

[mama-salva-vidas-el-sus-garantiza-atencion-integral-gratuita-a-mujeres-en-bolivia](#)

13. Cáncer en el Perú [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://puntoedu.pucp.edu.pe/cancer-en-el-peru/>
14. Cáncer de mama: en el 2024, el Minsa quintuplicó el número de mamografías con relación al 2023 - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1105373-cancer-de-mama-en-el-2024-el-minsa-quintuplico-el-numero-de-mamografias-con-relacion-al-2023>
15. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Cáncer de cérvix, estómago y mama con mayor prevalencia en Junín | Iren Centro [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://portal.irencentro.gob.pe/cancer-de-cervix-estomago-y-mama-con-mayor-prevalencia-en-junin/>
16. Remigio L. Percepción de la imagen corporal en mujeres mastectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Huancayo 2022. [cited 2026 May23]. Available from: <https://acortar.link/FgweN2>
17. Ramos Castro RE. Cambios en el estilo de vida de mujeres mastectomizadas. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2022 Oct [cited 2026 Mar 13];38(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192022000400005&script=sci_arttext

18. Sançar B, Akan N, Akpolat N, İnanç S. Examination of body image perception and quality of life of women with segmental or total mastectomy: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* . 2025;25(1). doi:10.1186/s12905-025-03898-7
19. Andersen IS, Jensen DMR, Grosen K, Bennedsgaard KT, Ventzel L, Finnerup NB. Body image and psychosocial effects in women after treatment of breast cancer: A prospective study. *Am J Surg*. 2024 Nov 1;237. doi:10.1016/j.amjsurg.2024.115895 PubMed PMID: 39208502.
20. Konara Mudiyansele SP, Wu YL, Kukreti S, Chen CC, Lin CN, Tsai YT, et al. Dynamic changes in quality of life, psychological status, and body image in women who underwent a mastectomy as compared with breast reconstruction: an 8-year follow up. *Breast Cancer*. 2023 Mar 1;30(2):226–40. doi:10.1007/s12282-022-01413-6 PubMed PMID: 36319889.
21. Phoosuwan N, Lundberg PC. Life satisfaction, body image and associated factors among women with breast cancer after mastectomy. *Psychooncology*. 2023 Apr 1;32(4):610–8. doi:10.1002/pon.6106 PubMed PMID: 36670514.
22. Ettridge K, Scharling-Gamba K, Miller C, Roder D, Prichard I. Body image and quality of life in women with breast cancer: Appreciating the body and its functionality. *Body Image*. 2022 Mar 1;40:92–102. doi:10.1016/J.BODYIM.2021.11.001 PubMed PMID: 34902783.
23. Nepo-Fernández MÁ, Távara-Guerrero AS. Percepción de imagen corporal y calidad de vida en mujeres mastectomizadas en un hospital de Chiclayo, Perú: Body image perception and quality of life in mastectomized women at

- a hospital in Chiclayo, Peru. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*. 2025 Jun 30;11(2):16–26. doi:10.37065/rem.v11i2.819
24. Molina A, Gissell A, Rivera M, Doi SE. Calidad de vida y autoestima en mujeres mastectomizadas en una Clínica privada en Lima. *Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)*. 2025 Jun 11. doi:10.19083/TESIS/685239
 25. Arapa Turpo LS. Relación de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas con la funcionalidad atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Arequipa 2023 [Internet]. 2024 [cited 2026 May 17]. Available from: <https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1279>
 26. Rosales DPP, Cuenca LKC, Zegarra RO. Estilos de afrontamiento en mujeres sometidas a mastectomía. *Revista Enfermería Herediana*. 2023 Jun 19;16:42–8. doi:10.20453/renh.v20i20.5360
 27. Espinoza Valdivia NA, Mogrovejo Olivera NV, Bromley Cueva ML. Satisfacción y calidad de vida de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama según la reconstrucción mamaria. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 2023 Apr 1;36(2):100468. doi:10.1016/j.senol.2022.100468
 28. Koo MM, von Wagner C, Abel GA, McPhail S, Rubin GP, Lyratzopoulos G. Typical and atypical presenting symptoms of breast cancer and their associations with diagnostic intervals: Evidence from a national audit of cancer diagnosis. *Cancer Epidemiol*. 2017 Jun 1;48:140. doi:10.1016/j.canep.2017.04.010 PubMed PMID: 28549339.

29. Shao J, Rodrigues M, Corter AL, Baxter NN. Multidisciplinary care of breast cancer patients: a scoping review of multidisciplinary styles, processes, and outcomes. *Current Oncology*. 2019;26(3):e385. doi:10.3747/co.26.4713 PubMed PMID: 31285683.
30. Riis M. Modern surgical treatment of breast cancer. *Annals of Medicine and Surgery*. 2020 Aug 1;56(6):95–107. doi:10.1016/j.amsu.2020.06.016
31. Anand U, Dey A, Chandel AKS, Sanyal R, Mishra A, Pandey DK, et al. Cancer chemotherapy and beyond: Current status, drug candidates, associated risks and progress in targeted therapeutics. *Genes Dis*. 2022 Jul 1;10(4):1367. doi:10.1016/j.gendis.2022.02.007 PubMed PMID: 37397557.
32. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. *Cancers (Basel)*. 2021 Sep 1;13(17):4287. doi:10.3390/cancers13174287 PubMed PMID: 34503097.
33. Al-Shami K, Awadi S, Khamees A, Alsheikh AM, Al-Sharif S, Ala' Bereshy R, et al. Estrogens and the risk of breast cancer: A narrative review of literature. *Heliyon*. 2023 Sep 1;9(9):e20224. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e20224 PubMed PMID: 37809638.
34. Ferreira R, Jeronimo C, Mira A, Pereira A, Serrano S, Marques MF, et al. The Rehabilitation of Women Who Have Had a Mastectomy. *Nursing Reports* 2025, Vol 15, Page 133. 2025 Apr 16;15(4):133. doi:10.3390/nursrep15040133

35. Ban AM, Ličanin B V. Impact of breast reconstruction on quality of life among women after mastectomy. *J Taibah Univ Med Sci.* 2025;20(6):875. doi:10.1016/j.jtumed.2025.11.010 PubMed PMID: 41541833.
36. Erden Y, Celik HC, Karakurt N. Women's body image after mastectomy: a photovoice study. *Supportive Care in Cancer.* 2025 Jun 1;33(6):501. doi:10.1007/s00520-025-09541-3 PubMed PMID: 40423833.
37. Koçan S, Gürsoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Health.* 2016 Sep 29;12(4):145. doi:10.5152/tjbh.2016.2913 PubMed PMID: 28331752.
38. Durand Aramburú RA, Guerrero Romero PE, Voysest Oliva de Muylleert LT. Percepción de las mujeres mastectomizadas en la autoestima, imagen corporal y relación de pareja [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016 [cited 2026 Mar 18]. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/778>
39. Park CL, Kubzansky LD, Chafouleas SM, Davidson RJ, Keltner D, Parsafar P, et al. Emotional Well-Being: What It Is and Why It Matters. *Affect Sci.* 2022 Mar 1;4(1):10. doi:10.1007/s42761-022-00163-0 PubMed PMID: 37070009.
40. Yoon HS, Ryu E. Mental health in female breast cancer survivors post-mastectomy: A structural model based on Roy's adaptation model. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2025 Dec 1;12(3):100820. doi:10.1016/j.apjon.2025.100820
41. Türk K, Yılmaz M. The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *Eur J Breast Health* [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 25];14(14). Available from:

<https://www.eurjbreasthealth.com/pdf/66b874bd-7aaa-4f61-919952f558d61c0d/articles/ejbh.2018.3875/ejbh-14-205-En.pdf>

42. Jennings KM. The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. *ANS Adv Nurs Sci.* 2017;40(4):370. doi:10.1097/ANS.0000000000000175 PubMed PMID: 28825933.
43. Erden Y, Celik HC, Karakurt N. Women's body image after mastectomy: a photovoice study. *Supportive Care in Cancer* 2025 33:6. 2025 May 27;33(6):501-. doi:10.1007/s00520-025-09541-3 PubMed PMID: 40423833.
44. Phillips K, Harris R. Roy's Adaptation Model in Nursing Practice | Nurse Key [Internet]. 2017 [cited 2026 Mar 23]. Available from: <https://nursekey.com/roys-adaptation-model-in-nursing-practice/>
45. Yoon HS, Ryu E. Mental health in female breast cancer survivors post-mastectomy: A structural model based on Roy's adaptation model. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2025 Dec 1;12:100820. doi:10.1016/j.apjon.2025.100820 PubMed PMID: 41438346.
46. Álvarez-Pardo S, De Paz JA, Montserrat Romero-Pérez E, Portilla-Cueto KM, Horta-Gim MA, González-Bernal JJ, et al. Factors Associated with Body Image and Self-Esteem in Mastectomized Breast Cancer Survivors. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Mar 1;20(6):5154. doi:10.3390/ijerph20065154 PubMed PMID: 36982062.
47. Manterola C, Hernández-Leal MJ, Otzen T, Espinosa ME, Grande L, Manterola C, et al. Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de

- Investigación a Considerar en Ciencias Morfológicas. *International Journal of Morphology*. 2023 Feb 1;41(1):146–55. doi:10.4067/S0717-95022023000100146
48. Pereira Mendes AB, Da Costa Lindolpho M, Pinto Leite A. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. *Enfermería Global*. 2012;11(2):416–26. doi:10.4321/s1695-61412012000200026
 49. Expósito Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*. 2008;7.
 50. Escobar Rodríguez E. Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
 51. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos por los investigadores de la Red-IRYSS*. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135–50. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.
 52. Ramírez P. Calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, Clínica Comas, Lima – 2019. [Lima]: Universidad Cesar Vallejo; 2019.

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Percepción de la imagen corporal en la mujer mastectomizada	Es un constructo subjetivo que resulta de la elaboración mental que realiza la mujer sobre su cuerpo después de la mastectomía, integrando pensamientos, emociones y valoraciones que influyen en su autopercepción (48).	La percepción de la imagen corporal será evaluada mediante sus dimensiones establecidas, a través de la aplicación de un cuestionario estructurado de 32 preguntas dirigidas. Este instrumento permitirá medir la valoración que presenta la mujer respecto a los cambios corporales posteriores a la mastectomía, considerando indicadores relacionados con la autoimagen.	Aspecto físico	Sensación de incompletitud, percepción de menor atractivo, cambios en la vestimenta.	Favorable: 22–33 puntos Desfavorable: 11–21 puntos
			Aspecto psicológico	Percepción de insuficiencia personal, rechazo de su aspecto físico, desazón interior, temor a ser desdenada por su compañero sentimental y aprobación del procedimiento operatorio.	Favorable: 28–33 puntos Desfavorable: 11–27 puntos
			Aspecto social	Tendencia al aislamiento, duelo prolongado, baja participación social y familiar, evitación de la pareja, dificultad para expresar experiencias relacionadas a la cirugía.	Favorable: 27–33 puntos Desfavorable: 10–26 puntos
Calidad de vida	La calidad de vida se entiende cual una noción pluridimensional que engloba la impresión personal acerca del estado completo de bienestar, incluyendo dimensiones físicas, emocionales, comunitarias y la interacción con el medio ambiente. Dicho constructo se	La calidad de vida será evaluada mediante sus dimensiones establecidas a través de la aplicación de un cuestionario estructurado de 36 preguntas. Este instrumento permitirá medir de manera cuantitativa el bienestar integral de la participante, considerando	Función física	Se observa limitación en las acciones motrices propias del vivir diario, como el autocuidado corporal, la marcha, la subida por las gradas, la sujeción o el transporte de objetos pesados, y la realización de fatigas de mediana y gran magnitud.	Condición de Calidad de Vida respecto a indicadores: Muy baja: 0-25% Relativamente baja: 26-50% Promedio: 51-75% Relativamente alta: 76-100%
			Rol físico	Las alteraciones de salud afectan el desempeño laboral y las	

	encuentra sujeto a diversos agentes individuales y socioculturales, y refleja el nivel de saciedad de las necesidades del ser humano, junto con la capacidad práctica para desembarazarse en las ocupaciones cotidianas (49).	las condiciones postquirúrgicas.		funciones cotidianas, generando limitaciones y disminución del rendimiento.	
			Dolor corporal	Presencia de dolor intenso con marcada limitación funcional. Inexistencia de dolor ni restricciones asociadas al mismo.	
			Salud general	La persona percibe su estado de salud como deficiente y considera que este podría deteriorarse progresivamente.	
			Vitalidad	Sensación constante de fatiga y desgaste físico. Estado permanente de ánimo, vitalidad y elevada energía.	
			Función social	Nivel en que las limitaciones físicas o emocionales ocasionadas por el estado de salud afectan el desarrollo normal de las actividades.	
			Rol emocional	Las alteraciones emocionales repercuten en el desempeño laboral y en las actividades cotidianas, ocasionando una reducción en el tiempo destinado a estas.	
			Salud mental	Evaluación del estado general de salud mental, incluyendo aspectos relacionados con la ansiedad, depresión, capacidad de autocontrol	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario sobre Calidad de Vida e Imagen Corporal

Presentación:

Reciba usted un cordial saludo. El presente cuestionario forma parte de un estudio de investigación desarrollado por la Licenciada en Enfermería Kelly Mendieta Quispe. El objetivo es recolectar información relevante sobre la calidad de vida y la percepción de la imagen corporal. Su participación es voluntaria y anónima; por ello, se le solicita responder con sinceridad y veracidad a cada una de las preguntas. La información proporcionada será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación.

Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

I. Datos sociodemográficos

1. **Edad:** _____
2. **Sexo:** _____
3. **Nivel de instrucción:** _____
4. **Estado civil:**
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
5. **Lugar de procedencia / residencia actual:** _____
6. **Tiempo de enfermedad:** _____
7. **Ocupación:** _____

Instrucciones: Marque con un aspa (X) solo una alternativa según corresponda.

Nº	ENUNCIADO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Le agrada verse en el espejo luego de la operación			
2	Después de la mastectomía, acepta el acercamiento de su pareja			
3	Actualmente le agrada utilizar ropa que se ajuste a su cuerpo			
4	Le agrada su apariencia física después de la cirugía			
5	Le molesta asistir a actividades sociales			
6	Siente la misma libertad que antes con su pareja			
7	Le mortifica los efectos físicos de la cirugía			
8	Piensa que ahora sus amigos la puedan rechazar			
9	Le agrada que su pareja la mire vestirse			
10	Le molesta tener que ir nuevamente a su trabajo			

11	Le agrada estar sola			
12	Piensa que puede tener limitaciones con otras mujeres			
13	Le molesta hablar de los resultados de la cirugía con los demás			
14	Le preocupa su arreglo personal			
15	Acepta con resignación la pérdida de su seno			
16	Teme que su pareja rechace los resultados de la cirugía			
17	Le entusiasma salir a pasear con sus amigos			
18	Le molesta colocarse ropa ceñida			
19	Piensa que ahora sigue siendo atractiva para su pareja			
20	Piensa que la pérdida de su seno pueda cambiar su relación de pareja			
21	Piensa que ha perdido su lado femenino			
22	Le agrada pensar que pronto volverá a realizar sus actividades diarias del hogar			
23	Le desagrada que su pareja la observe mientras se viste			
24	Piensa que su pareja acepta los efectos físicos de la cirugía			
25	Le atrae salir a pasear con sus familiares			
26	Le agrada estar en compañía con su pareja			
27	Permanece callada cuando su pareja está cerca de usted			
28	Es indiferente con su pareja			
29	Le preocupa que las demás personas noten los efectos físicos de la cirugía			
30	Prefiere estar en casa que salir a la calle			
31	No le agrada recibir visita de amigos			
32	Cree que después de la cirugía se ha vuelto muy reservada			

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades. Conteste cada pregunta tal como se indica.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

1. En general usted diría que su salud es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

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

- a. Mucho mejor ahora que hace un año.
- b. Algo mejor ahora que hace un año.
- c. Más o menos igual que hace un año.
- d. Algo peor que hace un año.
- e. 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, ¿actualmente le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

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

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

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

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

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

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada

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

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

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

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

9. Su salud, ¿actualmente le limita para caminar 1 km o más?

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

10. Su salud, ¿actualmente le limita caminar varias manzanas o metros?

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

11. Su salud, ¿actualmente le limita para caminar una sola manzana (100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

12. Su salud, ¿actualmente le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho.
- b. Sí, me limita un poco.
- c. No, no me limita nada.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LAS LIMITACIONES DE SU ROL SOCIAL A CAUSA DE PROBLEMAS FÍSICOS O PROBLEMAS EMOCIONALES

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (le costó más de lo normal) a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

17. Durante las últimas 4 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)?

- a. Sí
- b. No

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

19. Durante las últimas 4 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)?

- a. Sí
- b. No

20. Durante las últimas 4 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?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Sí, mucho
- f. Sí, muchísimo

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y COMO 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?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. Nunca

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 amigos o familiares)?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Solo alguna vez
- f. 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.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34.Estoy tan sano como cualquiera.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35.Creo que mi salud va a empeorar.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36.Mi salud es excelente.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	PERCEPCION DE SU IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER MASTECTOMIZADA EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2026
<i>Investigador (a):</i>	Lic. En Enfermería Kelly Mendieta Quispe
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Se le invita cordialmente a participar en el presente estudio de investigación, cuyo propósito es evaluar la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres que han sido sometidas a mastectomía. Su participación contribuirá a generar conocimientos que permitan mejorar la atención integral y el bienestar de las pacientes.

Procedimientos:

Si usted acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario estructurado que incluye preguntas relacionadas con sus datos generales, percepción de su imagen corporal y su calidad de vida. El tiempo estimado para completar el cuestionario es de aproximadamente 20 a 30 minutos.

Riesgos:

Este estudio no representa riesgos físicos para su salud. Sin embargo, algunas preguntas podrían generar incomodidad emocional al recordar experiencias personales. En caso de presentarse alguna molestia, usted puede suspender su participación en cualquier momento.

Beneficios:

No recibirá beneficios económicos directos; sin embargo, su participación permitirá contribuir al conocimiento científico y a la mejora de la atención en salud.

Costos y compensación

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, del mismo modo no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información proporcionada será confidencial y anónima. Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación. No se registrará información que permita identificarla personalmente.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame al investigador: Kelly Mendieta Quispe, al teléfono [REDACTED].

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH:
<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasoequejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos Participante	Firma	Fecha y Hora
----------------------------------	-------	--------------

Nombres y Apellidos Investigador	Firma	Fecha y Hora
---	--------------	---------------------