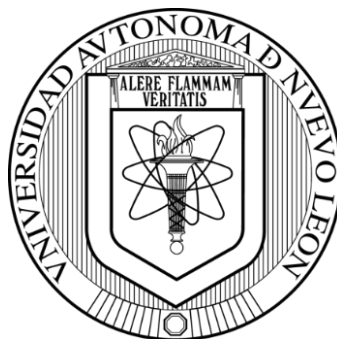


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DE LA ENSEÑANZA, PREPARACIÓN PARA EL ALTA
Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES CON MASTECTOMÍA

Por

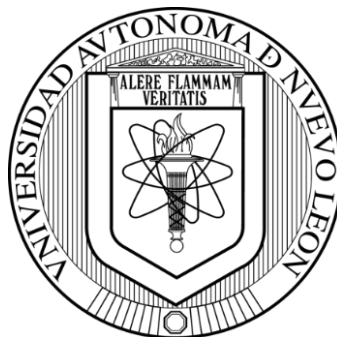
LIC. GUADALUPE CRUZ BERNAL

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2022

↓
Vo Bo
Cruz

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DE LA ENSEÑANZA, PREPARACIÓN PARA EL ALTA
Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES CON MASTECTOMÍA

Por

LIC. GUADALUPE CRUZ BERNAL

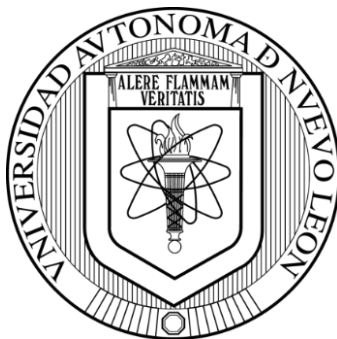
Director de Tesis

ME. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DE LA ENSEÑANZA, PREPARACIÓN PARA EL ALTA
Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES CON MASTECTOMÍA

Por

LIC. GUADALUPE CRUZ BERNAL

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2022

CALIDAD DE LA ENSEÑANZA, PREPARACIÓN PARA EL ALTA
Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES CON MASTECTOMÍA

Aprobación de Tesis

ME. Julia Teresa López España

Director de Tesis

ME. Julia Teresa López España

Presidente

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán

Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A Dios por guiarme.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su compromiso para el crecimiento de esta gran casa de estudios.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, por brindarme la oportunidad de formar parte del programa de maestría.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo en beneficio de la superación académica.

A mi directora de Tesis, ME. Julia Teresa López España por compartir sus conocimientos y experiencia, ante todo su paciencia y colaborar conmigo en este tiempo de crecimiento. A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, y MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán por formar parte de mi jurado en este trabajo y enriquecer con sus valiosas aportaciones y recomendaciones este proyecto.

Al Instituto de Cancerología “Dr. Arturo Beltrán Ortega”, por las facilidades brindadas para realizar el estudio en esta institución y a las mujeres participantes de este proyecto.

A todos los profesores del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que siempre me ofrecieron su apoyo. Al personal administrativo de la Facultad de Enfermería, por las atenciones brindadas.

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a:

Dios, por ser el inspirador de mi vida y darme fuerza para lograr esta meta profesional.

Mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón.

Mis hermanas Mitzitlali y Albina, les agradezco el apoyo y darme ánimo para la realización de mi tesis.

Mis abuelos que fueron las personas después de mis padres que más se preocupaban por mí. Sus canas son sinónimo de sabiduría. Me enseñaron muchas cosas vitales para la vida, y me encaminaron por el buen sendero.

Mi compañera Gloria, por apoyarme cuando más lo necesité, por extender su mano en momentos difíciles, gracias, por su paciencia y por la ayuda que me brindó.

Resumen

Fecha de Graduación: Marzo, 2022

Lic. Guadalupe Cruz Bernal
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del Estudio: CALIDAD DE LA ENSEÑANZA, PREPARACIÓN PARA EL ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES CON MASTECTOMÍA

Número de páginas: 50

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio es determinar la relación de la calidad de la enseñanza, preparación para el alta y la transición saludable en mujeres con mastectomía, según edad, años de educación, ocupación y estado civil. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional; se realizó un muestreo no probabilístico; el tamaño de la muestra fue de 41 participantes mujeres en etapa posquirúrgica de mastectomía de una institución de tercer nivel atención, en Acapulco Guerrero, que fueron dadas de alta en el periodo de agosto-octubre 2021. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial no paramétrica.

Contribución y Conclusiones: Se encontró relación entre la calidad de la enseñanza, preparación para el alta hospitalaria y la transición saludable a través del coeficiente de correlación de Spearman ($r_s = .724, p < .01$); ($r_s = -.443, p < .01$) respectivamente, lo que indica que a mayor calidad de la enseñanza mayor preparación, y menor dificultad para una transición saludable. Así mismo, las mujeres que tuvieron una mayor educación indicaron mayor calidad de la enseñanza, por lo tanto, estaban más preparadas para el alta y presentando menos dificultades en la transición saludable ($r_s = .420, p < .01$; $r_s = .493, p < .01$; $r_s = -.463, p < .01$). También se encontró que a mayor edad mayor es la dificultad para la transición saludable ($r_s = .321, p < .05$).

El resultado del modelo planteado mostró una varianza explicada de un 44% solo para estado civil ($\beta = 5.33, p = .001$), y años de educación ($\beta = -1.91, p = .01$), lo que indica un efecto significativo para la transición saludable.

Este estudio evidenció que, a mayor calidad de la enseñanza y preparación para el alta, la mujer con mastectomía tendrá una transición saludable. Por lo que las instituciones en general y el hospital donde se realizó el estudio, deben considerar mantener o estandarizar un protocolo de cuidado a las mujeres que pasan por este proceso.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	2
Marco conceptual	4
Estudios relacionados	10
Definición de términos	14
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Capítulo II	
Metodología	16
Diseño del estudio	16
Población, muestreo y muestra	16
Criterios de inclusión	16
Criterios de exclusión	16
Descripción de los instrumentos de medición	17
Procedimiento de recolección de datos	18
Consideraciones éticas	19
Plan de análisis de datos	21
Capítulo III	
Resultados	22
Consistencia interna de los instrumentos	22
Perfil sociodemográfico de las participantes	23
Estadística descriptiva	24
Estadística inferencial	26
Capítulo IV	

Discusión	31
Conclusiones	34
Recomendaciones para la práctica	34
Recomendaciones para la investigación	35
Referencias	36
Apéndices	39
A. Cédula de datos personales	40
B. Escala de calidad en las instrucciones de la alta forma corta para adultos	41
C. Escala de preparación para el alta del hospital	43
D. Escala de dificultad de afrontamiento posterior al alta	45
F. Consentimiento informado	47

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	22
2. Perfil sociodemográficos de las mujeres del estudio	23
3. Estadística descriptiva de la calidad del plan de alta, preparación para el alta, transición saludable y prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors	24
4. Dificultades externadas por las mujeres con mastectomía para la transición saludable	25
5. Coeficiente de Correlación de Spearman para los componentes de calidad de la enseñanza, preparación para el alta hospitalaria, y transición saludable	27
6. Preparación del alta en la mujer con mastectomías según la ocupación	28
7. Dificultades para la transición saludable en mujeres con mastectomía según la edad	29
8. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la transición saludable	30

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura de la teoría de las transiciones de rango medio	7
2. Estructura conceptual-teórico-empírica	10

Capítulo I

Introducción

La calidad de la atención en la salud es una meta planteada por todos los sistemas de salud en el mundo y se define como un conjunto de acciones sistematizadas y continuas, con el objetivo de prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mejor beneficio al paciente, a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional. Esto incluye desde la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios, que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Por lo anterior, en México, el Consejo de Salubridad General (CSG), fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende de los errores y a la vez, se evita al máximo la ocurrencia de estos mediante la implementación de barreras de seguridad, de manera estandarizada y sistemática. Existen algunos procesos que requieren mayor énfasis en la calidad de los servicios, entre ellos destacan la calidad de la enseñanza y la preparación para el alta, en las cuales el personal de enfermería es indispensable (CSG, 2018).

Según la OMS, el cáncer de mama es el más común en mujeres de todo el mundo, representa el 14.7% del total de casos por neoplasia, además, cada año se detectan 1.67 millones de nuevos casos y se registran 521,907 mil muertes (OMS, 2020). De acuerdo con el informe del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2018, en México murieron 7,257 mujeres, y la edad en que fallecen las mujeres del cáncer de mama es entre

los 45 a 59 años. La detección en países europeos del cáncer de mama es en etapa tempranas (0 y I), sin embargo, en México, se detecta con un 35% en etapa II (INEGI, 2018). Lo anterior implica, que las unidades que atienden a pacientes con esta patología deben recibir el mejor tratamiento con los recursos disponibles y contar con protocolos de atención (Secretaría de Salud, [SS] 2018).

Los tratamientos del cáncer son la quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y la cirugía. La cirugía radical curativa conocida como la mastectomía radical modificada es una de las más utilizadas para erradicar localmente el cáncer de mama, consiste en la extirpación de la totalidad de la mama. Las mujeres que se someten a cirugía para mejorar su salud y calidad de vida pueden presentar complicaciones después del proceso quirúrgico, como lo es la infección, dehiscencia de herida quirúrgica, seroma, hematoma y linfedema, todas estas, en su mayoría pueden ser prevenibles. Algunas se presentan a corto plazo, es decir, antes de 40 días y otras después de cuatro a cinco meses clasificadas como tardías (Chavira, Pérez & Hernández, 2019; SS, 2011; Torres et al., 2011).

El CSG (2018) recomienda el estándar de la educación a la mujer y su familia, esta actividad se lleva a cabo mediante el plan de alta, el cual es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando a la paciente, familia o cuidador como el eje principal del mismo, que busca fortalecer la capacidad posterior de autocuidado en el hogar. Es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud, asistencia social antes y después del alta de la paciente, en donde se puede aclarar dudas que se generan en la hospitalización al ser dadas de alta, A si mismo es considerado un indicador de la calidad de la atención y de la satisfacción del paciente, es una herramienta efectiva y un mandato ético que permite garantizar la continuidad de los cuidados. (Martín, Torres, Mora & Acosta, 2018; López, Leonel & Castolo, 2014)

La preparación del alta es el plan de acción del paciente donde se identifican y evalúan las necesidades, se le presta asistencia antes de que abandone el hospital, ya que se

incrementa el estrés y la ansiedad. Anteriormente después de una cirugía las pacientes se quedaban de cuatro a seis días en el hospital, lo que ayudaba al control en el dolor y en el drenaje, pero en los últimos 10 años el protocolo de la atención ha cambiado a solo un día de estancia hospitalaria. Por lo cual en el plan de alta se deben incluir cuidados de la herida, los signos y síntomas de alarma en el hogar, y así fortalecer su estado emocional y favorecer la adaptación y afrontamiento positivo al contexto familiar y laboral, para la reincorporación al trabajo (Nowak, Swora, Karbach & Ansmann, 2021; Silva, Quiroz & Weiss, 2019; Martín et al., 2018;).

La calidad de la enseñanza del plan de alta es una parte integral del proceso educativo, donde se incluye la orientación al paciente y a la familia sobre lo que necesitan saber y entender, considerando los aspectos biopsicosociales y espirituales, a fin de facilitar la transición del hospital al hogar. El personal de enfermería debe utilizar estrategias para el control del dolor postoperatorio teniendo como objetivo fundamental reducir la ansiedad y el dolor postquirúrgico, y permitir a las pacientes una detección precoz de las complicaciones potenciales (Nowak et al., 2021; Silva et al., 2019; Diaz, Caragol, Sopeda, & Camporro, 2014).

Algunos estudios recomiendan que para tener una transición saludable es necesario conocer las necesidades de aprendizaje de la paciente y la familia para poder cubrirlas en el plan de alta. Silva et al., (2019) Al respecto López et al. (2014) mencionan que el plan de alta mejora el estado de salud y permite la continuidad de los cuidados para su completa recuperación en el hogar, a través de la enseñanza, se disminuyen los problemas del drenaje, posibles complicaciones y reingresos hospitalarios. Silva et al. y Nowak et al., señalan una asociación entre la calidad de la enseñanza, la preparación para el alta y la transición saludable.

Además, Silva et al., (2019) refiere que las mujeres mayores, el tener una pareja y los años de educación, se asocian positivamente con la calidad de la enseñanza, la preparación del alta y la transición saludable. Nowak et al., (2021) encontró que los días

estancia, los datos sociodemográficos del paciente como son la edad, el seguro médico, tener pareja, la educación escolar, se asociaron positivamente con las experiencias del paciente en la preparación para el alta.

En México, se buscó información de la calidad de la enseñanza, la preparación para el alta y la transición saludable, pero no se encontró ninguna información. Por lo cual el propósito del estudio es determinar la relación de la calidad de la enseñanza, preparación para el alta y la transición saludable en mujeres con mastectomía según edad, años de educación, ocupación y estado civil.

Marco conceptual

El presente estudio se apoyó en algunos conceptos de la Teoría de las Transiciones (TT), que especifica un proceso de transición como un momento de gran vulnerabilidad para los pacientes al volver a casa después de la hospitalización. Sin el apoyo integral de las enfermeras y médicos en el hospital, surgen necesidades de información, educación y apoyo (Silva et al., 2019).

Según Meléis (2010), las transiciones pueden ser saludables o no saludables, la transición saludable o eficaz es el rol eficiente, dominio de comportamientos, sentimientos, señales y símbolos asociados a las nuevas funciones. Y la transición no saludable o transiciones ineficaces se definen como el rol insuficiente y éste hace referencia a cualquier dificultad en el conocimiento y/o la realización de un papel o de los sentimientos y objetivos asociados con el rol de comportamiento según la percepción de uno mismo o de otras personas. A continuación, se describen los principales conceptos que conforman la Teoría de las Transiciones.

Naturaleza de las transiciones

El primer constructo del modelo identifica en las personas los tipos, patrones y propiedades, que probablemente den la pauta para la vivencia de una transición, los tipos incluyen el desarrollo, salud y enfermedad, situación y organizativo. Las transiciones de

desarrollo incluyen el nacimiento, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen procesos de recuperación y de alta hospitalaria. Las transiciones organizacionales se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan la vida de las personas, considerando el apoyo social y familiar que recibe la persona para el desarrollo de la transición.

Entre los patrones de las transiciones se incluyen la multiparidad y la complejidad, la primera se refiere a que existen individuos que experimentan múltiples transiciones o transiciones simultáneas, inclusive en el desarrollo teórico se identifica que la mayoría de las personas experimentan por lo menos dos tipos de transiciones simultáneamente, que podían no estar aisladas una de otra. En cuanto a las propiedades de la experiencia de las transiciones incluye cinco subconceptos; el primero habla sobre la conciencia el cual según la teoría se define como; “percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición” (Meléis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000).

Compromiso es otra de las propiedades sugeridas por Meléis et al., (2000), la definen como el grado de implicación de la persona al proceso de la transición. El concepto de cambio y diferencia sugiere que para comprender completamente una transición es esencial explicar los significados de los cambios y el ámbito de estos, en cuanto al concepto de las diferencias sugiere que éstas podrían ejemplificarse con expectativas no cumplidas o divergentes, sentirse diferente, ser percibido como diferente o ver el mundo y a los otros de formas diferentes, y que podría ser útil para las enfermeras considerar el nivel de comodidad y dominio del cliente para abordar los cambios y las diferencias.

El concepto del tiempo también es una propiedad de las transiciones; se define como “un punto de partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación o demostración del cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un final” (Meléis et al., 2000).

Condiciones de las transiciones: Facilitadores e inhibidores

Un segundo constructo de la Teoría de las Transiciones son las condiciones de las transiciones, las cuales se definen como factores o características personales, comunitarias y sociales que pueden facilitar o inhibir la experiencia de la transición (Meléis et al., 2000).

Condiciones personales se consideran factores personales que pueden comprender significados, creencias y actitudes culturales, preparación y conocimiento. Los significados atribuidos a los que desencadenan una transición y al propio proceso de transición pueden facilitar o impedir transiciones saludables. Las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia de transición. El estado civil, la edad, son ejemplos de que podrán tener una influencia en la experiencia de la transición convirtiéndola en saludable o no saludable. Finalmente, la preparación y el conocimiento en las que una preparación anticipada como una experiencia previa igual o similar a la actual o una experiencia inexistente puede facilitar o inhibir las transiciones (Meléis et al., 2000).

Condiciones comunitarias son los recursos de la comunidad, el entorno en el que se desarrolla cada individuo puede facilitar o inhibir las transiciones (Meléis, 2010).

Condiciones sociales Son los significados, creencias y actitudes culturales con significados estereotipados que tienden a interferir en el proceso de transición saludable y pueden inhibir o facilitar el proceso convirtiéndolo así en una transición saludable o no saludable (Meléis, 2010).

Patrones de respuesta

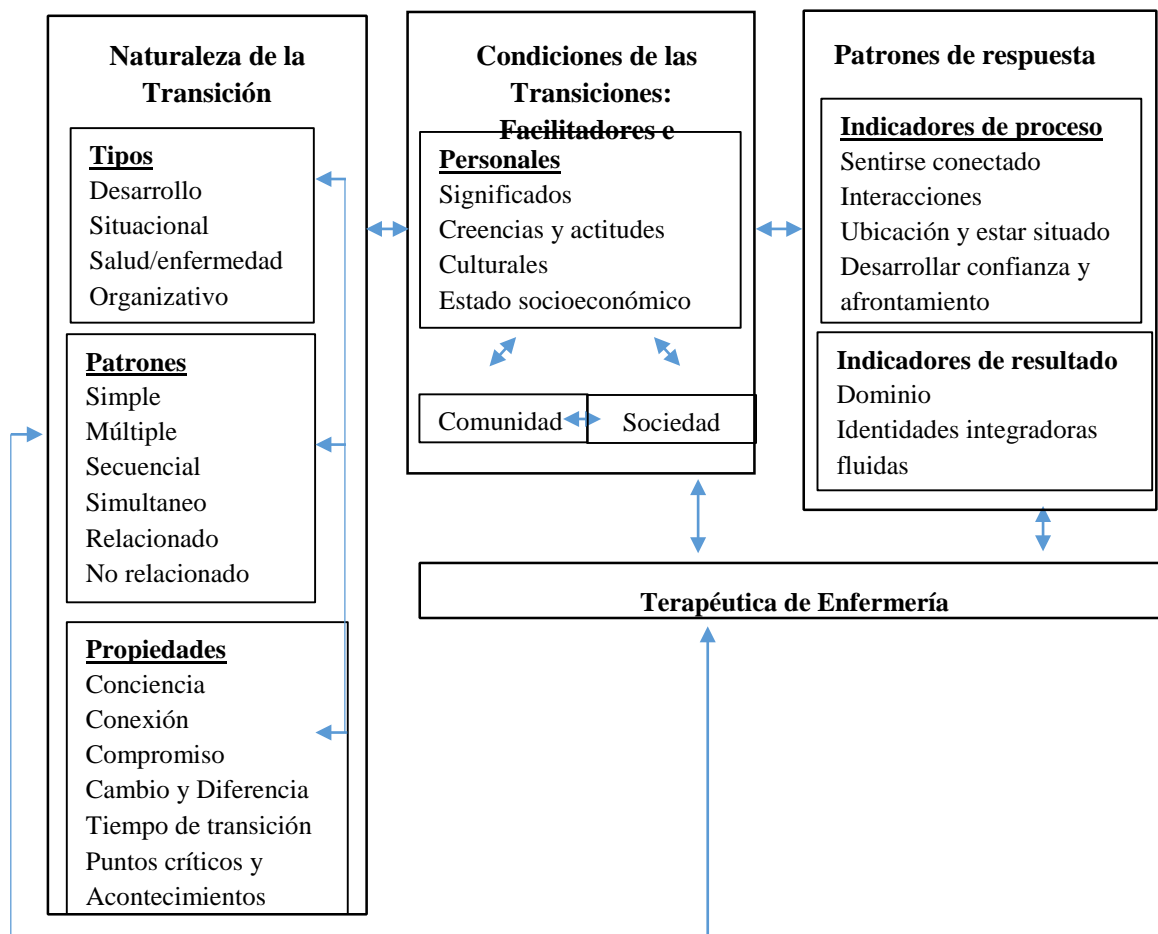
Se conceptualizan como indicadores de proceso y de resultado, estos indicadores de proceso y de resultado caracterizan las respuestas saludables, mueven a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo. Los indicadores del proceso sugeridos por Meléis et al. (2000) incluyen: sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento, estos surgen de las conductas observables y no observables que ocurren durante el proceso de transición y no son aleatorios.

En cuanto a los indicadores de resultado incluyen dominio e identidades integradoras fluidas, estos dominios se refieren a que una terminación sana o transición

saludable puede ser decidida por la magnitud del dominio de las habilidades y comportamientos que muestran las personas en transición para gestionar sus nuevas situaciones o entornos. La reformulación de la identidad puede también representar una terminación sana de una transición (Meléis, 2010).

Figura 1

Estructura conceptual-teórico-empírica



Naturaleza de las Transiciones

De acuerdo con Meléis et al., (2000), la naturaleza de las transiciones se describe a partir de tipos, patrones y propiedades: la transición es el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otro, esto implica una interacción de la persona con el medio en que se encuentra, provocando un cambio en su salud, roles, expectativas, habilidades y demandas.

Condiciones de las transiciones. Facilitadores e inhibidores

Para la presente investigación se utilizó el constructo de preparación y conocimiento, el conocimiento adquirido a través de una experiencia personal o familiar está íntimamente ligado con la percepción de preparación y habilidades para que una persona se enfrente otra vez a un mismo proceso igual o similar. Para esta investigación se utilizaron los datos; edad, estado civil, años de educación y ocupación

Patrones de respuesta

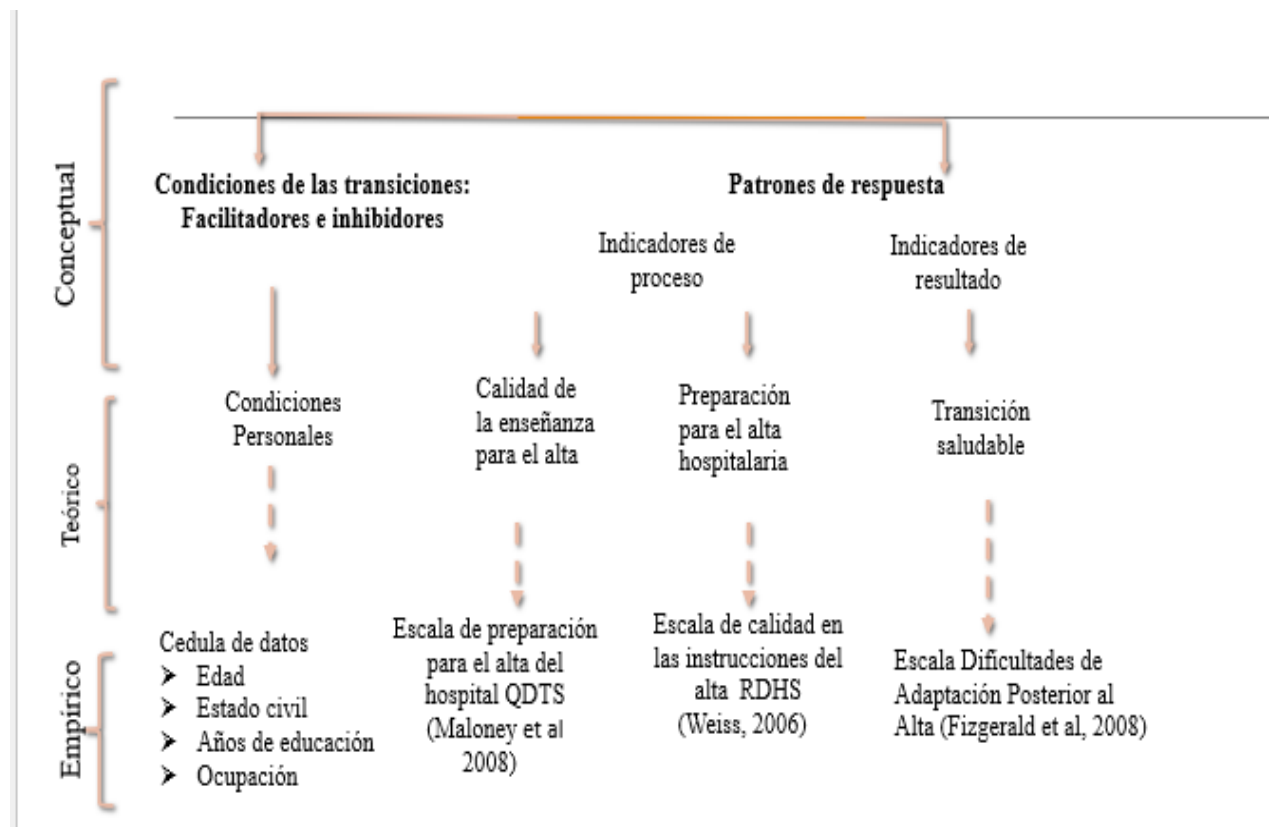
Otro aspecto importante para tomar en cuenta en esta investigación es el constructo de patrones de respuesta, los cuales son subcategorizados en indicadores de proceso y resultado. Dentro de los patrones de proceso se utilizó el concepto desarrollar confianza y afrontamiento, el cual es definido como el grado en que existe un patrón, que indique que la persona expresa un aumento de sus niveles de capacidad de adaptación, ante una situación nueva. Para la presente investigación se conceptualizó la preparación para el alta y la calidad de la enseñanza; este se refiere a la expresión de un individuo sobre su percepción para sobrellevar las situaciones presentadas y hacer frente a las necesidades relacionadas con la salud, familiar o personal (Silva et al., 2019).

En cuanto al indicador de resultado se utilizó el concepto de identidades integradoras fluidas, para la presente investigación se conceptualizó como transición saludable, el cual se refiere a todas aquellas actividades realizadas por la persona de manera constante y fluidas para así llevar a cabo un rol a través de alguna experiencia vivida puede ser decidida por la magnitud del dominio de las habilidades y comportamientos que

muestran las personas en transición para gestionar sus nuevas situaciones o entornos (Silva et al., 2019).

Figura 2

Estructura conceptual-teórico-empírica del estudio



Estudios relacionados

A continuación, se presentan seis estudios relacionados con la calidad de la enseñanza, preparación para el alta, y transición saludable. Tres de los estudios son con pacientes con mastectomía y tres son en pacientes de cirugías generales realizados en ambos sexos.

Díaz et al., (2014) realizaron un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería en Asturias, España, con los objetivos de estandarizar la práctica asistencial de enfermería, garantizar la seguridad de las pacientes en su domicilio mediante el seguimiento telefónico hasta el alta médica y diseñar una encuesta anónima para evaluar el grado de satisfacción. Del año 2012 al 2013 se realizaron 35 intervenciones de cirugía plástica mamaria ambulatoria bajo anestesia paravertebral torácica, de las cuales 25 fueron unilaterales y 10 bilaterales. De esas 35 pacientes intervenidas, 14% precisaron ingreso hospitalario: 6% por dolor, 6% por sangrado y 2% por vómitos y sangrado, quedando la muestra en total con 30 mujeres.

Respecto a la evaluación del dolor según de 0 a 10; a las 24 horas, el 93.3% de las pacientes presentaron una puntuación ≤ 3 ; a las 48 horas todas las pacientes presentaron una puntuación ≤ 3 y a las 72 horas la puntuación fue de 0 en todas. Ninguna paciente manifestó tensión mamaria o fiebre, los drenajes permanecieron colocados durante un periodo que osciló entre las 24 horas y los 11 días, manteniéndose un tiempo medio de tres días. Del total de pacientes el 26% perdieron el vacío y precisaron cambio del recipiente recolector, evaluación de la encuesta anónima, 90% manifiestan que el grado de satisfacción fue muy bueno y el 10% bueno. Solo el 8.7% de las pacientes manifestaron que no repetirían la experiencia, una porque la anestesia paravertebral torácica le produjo una sensación muy desagradable y a la otra porque le supuso un gran estrés el tener que ir a su domicilio con el drenaje.

Mesquita et al., (2012) realizaron en Brasil, un estudio experimental del tipo ensayo clínico randomizado controlado, con el objetivo de evaluar la efectividad de la asistencia de enfermería en el postoperatorio inmediato de mastectomía para la readaptación física de la mujer, se utilizaron cuatro instrumentos, en un grupo de control grupo B, compuesto por 40 mujeres. La media de edad de las pacientes fue de 54.5 años ($DE=13.6$). El 57.5% de las mujeres eran casadas o tenían compañero. El diagnóstico más común fue el carcinoma ductal infiltrante con un 50%, y la mama más afectada fue la izquierda en mujeres.

La mastectomía radical modificada con vaciado axilar fue el procedimiento más realizado en todas las mujeres en un 100%. La complicación más frecuente fue el seroma con un 85%, seguido de infección en la herida quirúrgica con 55%. La dehiscencia de sutura ocurrió en un 12.5%, no hubo diferencia significativa en cuanto a la realización de las actividades. El 25% evitaba realizar actividades físicas por miedo, la orientación sobre la enfermedad y de los tratamientos establecidos contribuyen de forma significativa a una readaptación física y social de la mujer, es fundamental la orientación a los cuidadores sobre el sistema de drenaje cerrado utilizado en la mastectomía para la reducción de las complicaciones asociadas, como la obstrucción de este. Este estudio concluye que las principales estrategias de cuidados de enfermería para la recuperación de la mujer en el postoperatorio son la prevención de complicaciones relacionadas a la incisión quirúrgica, el drenaje, la rehabilitación física y cuestiones relacionadas a los sentimientos y miedos.

Nowak et al., (2021) llevaron a cabo un estudio en Alemania, de tipo descriptivo con el objetivo de analizar la asociación entre las estructuras y los procesos hospitalarios con las experiencias de los pacientes en la preparación para el alta en los centros de cáncer de mama. La muestra fue de 9,762, la media de edad fue de 61 años ($DE= 0.86$.) la media de estancia de seis días, los datos sociodemográficos del paciente como son la edad, el seguro médico, tener pareja, la educación escolar, se asoció positivamente con las experiencias del paciente en la preparación para el alta. Las experiencias de los pacientes

fueron calificadas con un valor medio de 3.12 en una escala de 0 a 4 y una ($DE= 0.86$). Los pacientes estaban satisfechos con la preparación al alta, el informar oportunamente a los pacientes sobre el tiempo de alta se asoció positivamente con la preparación para el alta.

Silva et al., (2019) llevaron a cabo un estudio en Chile de tipo descriptivo correlacional, el objetivo fue analizar la influencia de las percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico- quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. La muestra final fue de 152 pacientes adultos médico-quirúrgicos, los resultados mostraron que los participantes tenían un rango de edad entre 18 a 89 años, con un promedio de 51.69 años ($DE= 20.02$), el 60% fueron mujeres, el 44.5% eran casadas, con estudios de nivel superior 48%.

En cuanto a los resultados de la escala preparación para el alta (RDHS) está explicada por las tres variables independientes de las subescalas de calidad de la educación (QDTS) que se ajustaron por las características del paciente y los factores de la hospitalización. Por lo tanto, la asociación entre las subescalas contenido recibido (CR) y la entrega de la educación (EE) de la encuesta QDTS con la preparación para el alta se observa como positiva y fuerte ($p < .05$). Lo que coincide con los constructos teóricos en relación con mayores niveles de contenido recibido y de la calidad de la educación para el alta, mayor es la satisfacción de la calidad de atención recibida para la preparación de los pacientes y, por consiguiente, mejora su disposición para el momento del alta, algunos factores se relacionan de forma negativa para el alta como la edad, días de estadía, por lo cual la calidad de educación que recibe al alta debe ser clara.

Maloney y Weiss (2008) realizaron un estudio en unidad de internación médica general, quirúrgica y cardiaca de un centro médico urbano de nivel terciario en el medio oeste de los Estados Unidos, tuvo como objetivo determinar si existen diferencias en la cantidad de contenido informativo de alta necesaria y recibida por los pacientes médico – quirúrgicos adultos en función de determinarlas características de los pacientes y factores

de hospitalización. Los participantes fueron 115. Se encontró diferencia en la escala calidad de la enseñanza (QDTS), entre las subescalas contenido recibido con el contenido necesitado, ($t = 7.56; p < 0.001$). La cantidad de contenido recibido que necesitaron los pacientes fue sustancialmente menor que la cantidad de información que recibieron ($M=26.2; DE=15.6$ vs $M=37.5; DE=15.5$).

Del número de pacientes que recibieron menos información de la que necesitaban la mayoría eran varones 55%. El único hallazgo significativo en los análisis del contenido necesario fue que los pacientes no blancos informaron que necesitaban más información que los pacientes blancos ($M =22.9; DE = 15.4; t = 31; p =.002$). Lo que significa que no se cubre con la necesidad del paciente.

Fitzgerald, Piacentine, & Weiss (2008) realizaron un estudio en un centro médico terciario urbano de los medios oeste de tipo descriptivo transversal que tuvo como objetivo determinar la naturaleza de las dificultades de afrontamiento quirúrgicas durante las tres primeras semanas después del alta hospitalaria de los adultos con afecciones médico – quirúrgicas, la muestra fue de 113 pacientes. Los resultados indican la media de edad es de un 54.6 años, y el 51% eran pacientes quirúrgicos y el 49% pacientes con problemas médicos. Los problemas más estresantes específicos se compararon en grupos de alta y baja dificultad, el factor más estresante identificado por los pacientes fue el dolor o el tratamiento del dolor ($n=10$ en las categorías más alta y $n= 4$ en las más bajas dificultad). Se concluye que la fiebre, la infección, la flebitis la apertura de grapas, y otras complicaciones fueron factores estresantes tanto para los grupos de alta dificultad y de baja dificultad.

En conclusión, los estudios muestran que la educación brindada antes del alta es de suma importancia porque se disminuye el número de quejas, reingresos hospitalarios y complicaciones. Se identificó que ha mayor nivel en la calidad de la educación para el alta, mayor es la percepción del paciente en sentirse preparado para el alta. El factor más

estresante por las pacientes fue el dolor o el tratamiento del dolor, los estudios mostraron las principales complicaciones encontradas posteriores a la cirugía las cuales fueron el seroma, la infección de herida y la dehiscencia de sutura, en general la educación que se les brindaba no cubría con sus necesidades.

Definición de términos

En este apartado se presenta la definición de las variables que se utilizaron en el presente estudio.

Calidad de la enseñanza: es la percepción de la información proporcionada por el personal de enfermería a la mujer en etapa de postquirúrgico de mastectomía antes de egresar del hospital esta información incluye el cuidado que debe tener en su casa, respecto al ejercicio, alimentación, cuidado de la herida, salud emocional y signos y síntomas de complicaciones. Fue medido a través de la Escala de Calidad de las Instrucciones del Alta QDTS (Maloney et al., 2008).

Preparación para el alta: es la percepción que tiene la mujer con mastectomía para regresar a casa desde el hospital después de su cirugía, abarca el estado personal, es decir cómo se siente física y emocionalmente para ser dada de alta; conocimiento, se refiere a lo que conoce sobre cómo cuidarse en el hogar; capacidad de afrontamiento es como siente al cambio que la mastectomía ocasionará en su vida y apoyo esperado, incluye si cuenta con apoyo de su familia, vecinos, o amigos al llegar a su casa. Fue medido a través de la escala Preparación para el alta hospitalaria RHDS (Weiss & Piacentine., 2006).

Transición saludable: son las actividades realizadas por la mujer en etapa de postquirúrgica de mastectomías de manera constante y sin dificultad expresadas por ella para llevar a cabo un rol en el hogar. Fue medido a través de la escala Dificultades de afrontamiento posterior al alta (Fitzgerald et al., 2008).

Factores sociodemográficos

Edad: es el tiempo de vida de la mujer desde su nacimiento, hasta la actualidad, la cual fue tomada por número de años.

Estado civil: es la situación en la que se encuentra la mujer con mastectomía con respecto a su pareja, incluye opciones como casada, viuda, soltera, divorciada y unión libre.

Nivel educativo: es el número de años de educación formal reportados por la mujer con mastectomía.

Ocupación: situación laboral en que se encuentra la mujer con mastectomía al momento de la entrevista. Incluye opciones como ama de casa, empleada.

Objetivo general

Describir la relación entre la calidad de la enseñanza, preparación para el alta hospitalaria, y transición saludable en mujeres con mastectomía, según la edad, años de educativo, ocupación y estado civil.

Objetivos específicos

1. Identificar el perfil sociodemográfico de la mujer con mastectomía.
2. Identificar las dificultades posteriores al alta de mujer con mastectomía, según la edad y el nivel educativo, ocupación y estado civil.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, el muestreo, la muestra, los criterios de inclusión, exclusión, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, además las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos para dar respuesta a los objetivos planteados.

Diseño del estudio

El diseño del presente estudio fue de tipo descriptivo, correlacional debido a que describió la calidad de la enseñanza, la preparación para el alta y la transición saludable en mujeres con mastectomía. Además, se revisaron las diferencias de las variables de estudio con algunas características sociodemográficas y se determinó la relación entre las variables de interés (Grove, Burns, & Gray, 2012).

Población, muestreo y muestra

La población son mujeres con mastectomía de una institución de tercer nivel atención en Acapulco, Guerrero. Se realizó un muestreo no probabilístico. El tamaño de la muestra fue de tipo censo se obtuvo 41 participantes, tasa del 95%, solo el 5% no respondieron a la llamada a los 8 días de la entrevista.

Criterios de inclusión

Mujeres postquirúrgicas de mastectomía que cuenten con mínimo de 24 horas de hospitalización, que cuenten con un medio de comunicación telefónico y que sepan hablar y leer en español.

Criterio de exclusión

Mujeres postquirúrgicas de mastectomía que presenten una complicación en la cirugía.

Descripción de los instrumentos de medición

Para el presente estudio se utilizó una cédula de datos personales, así como tres escalas de las cuales, una fue aplicada a través de una llamada telefónica. La cédula de datos incluyó información sobre edad, estado civil, nivel de educación, ocupación y etapa del cáncer de mama. Los instrumentos fueron aplicados mediante entrevista por el investigador.

Para la variable calidad de la enseñanza se utilizó la escala de calidad de las instrucciones de la alta forma corta para adultos (Quality of Discharge Teaching Scale) Maloney et al (2008). La cual consta de 11 ítems con una calificación con puntuación del 0 al 10. Mide dos subescalas de la percepción del paciente en relación con la calidad de la educación recibida. 1. Contenido recibido (1b-6b) y 2. Entrega de la educación al alta (7-11), esta última representa la habilidad de las enfermeras como educadores para impartir enseñanza al alta. (Apéndice B). El Alpha de Cronbach reportado es de .92. El instrumento no ha sido aplicado en población mexicana, en su versión original se encuentra en idioma inglés, sin embargo, fue sometido a una traducción al idioma español y posteriormente del idioma español al inglés, este proceso de traducción y back-translation, se realizó a través de un experto certificado y al final de este proceso se sometió a una prueba piloto.

Para la variable preparación para el alta se utilizó la escala de preparación para el alta del hospital formulario para pacientes (*Readiness for Hospital Discharge Scale RHDS*) de Weiss (2006). El instrumento consta 21 ítems, el estado personal 1 a 6, conocimiento 7 a 14, capacidad de afrontamiento 15 a 17, y apoyo esperado 18 a 21, examina a través de cuatro subescalas las dimensiones principales respecto del proceso del alta. Tiene como

puntuación mínima 0 y una máxima de 10, entre mayor puntuación más preparada se percibe la mujer (Apéndice C). El Alpha de Cronbach reportado es de .94. El instrumento no ha sido aplicado en población mexicana, en su versión original se encuentra en idioma inglés, sin embargo, fue sometido a una traducción al idioma español y posteriormente del idioma español al inglés, este proceso de traducción y back- translation, se realizó a través de un experto certificado y al final de este proceso se sometió a una prueba piloto.

Para la variable Transición saludable se utilizó la escala dificultades de afrontamiento posterior al alta, forma para adultos (Post-Discharge coping Difficulty Scale) de Fitzgerald et al, (2008). El instrumento consta de 10 ítems, tiene un formato de respuesta de 0 a 10, con palabras de anclaje de nada estresante y extremadamente estresante, con valor de 0 a 10, una puntuación alta indica una mayor dificultad de integración para sobrellevar la situación en casa. En tres ítems (8, 9 y 10), se recodificaron a la inversa. (Apéndice D). El Alpha de Cronbach reportado es de .77. El instrumento no ha sido aplicado en población mexicana, en su versión original se encuentra en idioma inglés, sin embargo, fue sometido a una traducción al idioma español y posteriormente del idioma español al inglés, este proceso de traducción y back- translation, se realizó a través de un experto certificado y al final de este proceso se sometió a una prueba piloto.

Procedimiento de recolección de datos

El estudio fue sometido a revisión para su autorización del Comité de Investigación y de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se acudió a las autoridades de la institución donde se llevó a cabo la investigación, para la obtención del permiso. Después de ello, se pidió la colaboración de la jefa de enfermería, para obtener la información de las pacientes programadas para el quirófano y tener acceso a las mujeres previo a su egreso. Una vez identificadas, se les invitó a participar de manera voluntaria, explicándole en qué consistía su participación. Primero contestando una cédula

de datos, posterior a eso contestando dos escalas, los cuales fueron aplicados por el investigador y posteriormente a los ocho días después de su alta se les contacto nuevamente por vía telefónica para contestar el último cuestionario. De igual manera se le explicó, el objetivo del estudio, y una vez que la paciente aceptó a participar, se le entregó, un consentimiento informado (Apéndice F) para la que lo firmaran y se procedió a la recolección de datos.

Primero se empezó con la cédula de datos personales (Apéndice A), una vez llenada se procedió a aplicar la primera escala que lleva por nombre calidad de las instrucciones del alta formulario versión corta para adultos (Apéndice B), se les explicaron todas las preguntas, posterior a esto se aplicó la escala preparación para el alta hospitalaria formulario para pacientes (Apéndice C). Las opciones de respuesta para las dos escalas fueron mostradas en una tabla de tamaño adecuado con letra legible, donde las opciones se podían observar claramente, para que la paciente respondiera de acuerdo con su percepción. Al finalizar con los dos cuestionarios se les recordó que se les iba a contactar, telefónicamente a los ocho días, en un horario conveniente para las participantes, sin que se afectaran sus actividades diarias, para poder contestar el último cuestionario escala de dificultad de afrontamiento posterior al alta formulario para adultos (Apéndice D). Una vez que terminó la aplicación del instrumento, se le agradeció por su participación y de igual manera a la institución hospitalaria por la colaboración en el estudio.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó, a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987), en su última reforma publicada (Diario Oficial de la Federación 02-04-201)]. Referente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, se establece que, para el desarrollo de investigación en salud, se deben considerar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el

bienestar de los individuos sujetos a investigación, por lo cual se trató a la participante con respeto y de forma profesional, estando atento a cualquier situación incómoda, asegurando en todo momento su confidencialidad y bienestar.

Se consideró lo estipulado en el Artículo 13, que declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y bienestar. Para el cumplimiento de este artículo, se respetó la decisión de la mujer a participar o no en la investigación, se le brindó información clara, concisa y comprensible antes y durante la recolección de los datos. Además, las participantes fueron tratadas de manera atenta, profesional y con respeto a su persona, durante todo el proceso de la investigación.

Para dar cumplimiento al Artículo 14, Fracciones I, III, V, VI, VII y VIII, en el presente estudio se contó con un consentimiento informado, y para asegurar su cumplimiento, se contó con la aprobación de los Comités de investigación y ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. En el cumplimiento del Artículo 16, se protege la privacidad de las participantes, garantizando el anonimato, ya que el instrumento no contaba con el nombre de la participante para evitar su identificación.

Conforme al Artículo 17, Fracción II el presente estudio se consideró de riesgo mínimo debido a que se aplicaron instrumentos de lápiz y papel. Sin embargo, se utilizaron instrumentos en donde algunas preguntas podían causar emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal; en dado caso que la paciente experimentara tales reacciones, la entrevista sería suspendida inmediatamente y reprogramada para cuando la participante lo decidiera.

Según los Artículos 20 y 21, Fracciones I, II, III y IV, el consentimiento informado por escrito explica de manera clara los objetivos, justificación y procedimiento. Así mismo de acuerdo con la Fracción VI, se debe dar respuesta a cualquier pregunta o aclaración acerca del procedimiento de recolección de información. En cuanto a la fracción VII, se le

informó sobre la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que decidiera sin repercusiones.

De la misma manera de la Fracción VII, se protegió la confidencialidad de la información. Los instrumentos de recolección de datos fueron resguardados bajo llave en un archivo destinado para ello y los resultados reportados sólo en forma general, sin posibilidad de identificación individual, cabe señalar que serán resguardados por el investigador por seis meses y posteriormente destruidos. Para garantizar la confidencialidad y privacidad a su persona la participante no proporcionó su nombre en ningún momento.

De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 22, el consentimiento informado por escrito es elaborado por el autor principal del estudio, el cual se sometió a aprobación ante los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la FAEN, antes de la recolección de los datos.

Plan de análisis de datos

Una vez obtenidos los datos, estos fueron codificados para su procesamiento electrónico a través del paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17, para Windows. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach. Para, dar respuesta al objetivo uno se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para la normalidad de los datos y de acuerdo con ello se realizó estadística no paramétrica. Para dar respuesta al objetivo dos se utilizó las Pruebas U de Mann Whitney, y para dar respuesta al objetivo general se empleó el análisis de la correlación Spearman y se utilizó el Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos de la siguiente manera: consistencia interna de los instrumentos, estadística descriptiva, prueba de normalidad de las variables de estudio y finalmente estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Consistencia interna de los instrumentos

La tabla 1, muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach en una muestra de 41 mujeres con mastectomía. Como se puede observar todos los cuestionarios utilizados tuvieron un Alpha aceptable mayor a .60 (Grove, Burns, & Gray, 2012).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

<i>Instrumentos</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Escala Calidad de la enseñanza para el alta	11	.95
1. Contenido recibido	1-6	.92
2. Entrega de la educación	7-11	.95
Escala Preparación para el alta	21	.94
1. Estado personal	1-6	.66
2. Conocimiento	7-14	.90
3. Afrontamiento	15-17	.88
4. Apoyo esperado	18-21	.82
Escala Dificultades de afrontamiento posterior al alta, forma para adultos	10	.77

Nota. $n= 41$

Perfil sociodemográfico de las participantes

Para dar respuesta al objetivo uno en la tabla 2 se observa el perfil sociodemográfico de las participantes, la media de edad se ubicó en 51.56 (DE= 9.40), la media de años de educación formal fue de 8.76 años (DE= 2.54), que corresponde a secundaria incompleta, la ocupación que predominó fue el ama de casa con 75.6%, y en cuanto al estado civil la mayor proporción corresponde a casada con un 63.4%, y la etapa de cáncer que predominó fue la II con un 48.8%.

Tabla 2

Perfil sociodemográficos de las mujeres del estudio

Datos sociodemográficas	<i>f</i>	<i>%</i>
Estado civil		
Soltera	8	19.5
Casada	26	63.4
Unión libre	4	9.8
Separada/divorciada	3	7.3
Ocupación		
Ama de casa	31	75.6
Empleada	10	24.4
Etapa del cáncer		
I	15	36.6
II	20	48.8
III	6	14.6

	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min	Max	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	51.56	51.00	9.40	32	78	.617	.841
Años de educación	8.76	9.00	2.54	6	17	1.55	.016

Nota. *Mdn*=Mediana, *DE*= desviación estándar, Min= Valor mínimo, Max= Valor Máximo, *f*= Frecuencias, *%*= Porcentajes, *D^a*=Estadístico de prueba de distribución de normalidad, *p*= Significancia estadística de normalidad, *n*= 41

Estadística Descriptiva

En la tabla 3 se presenta la estadística descriptiva de los instrumentos de medición los cuales se convirtieron en índices para el análisis estadístico. La calidad de la enseñanza obtuvo una media de 87.8 ($DE=10.5$) y la preparación para el alta obtuvo una media de 83.5 ($DE=8.05$), la transición saludable tuvo una media de 39.3 ($DE=9.19$).

Tabla 3

Estadística descriptiva de la calidad del plan de alta, preparación para el alta y transición saludable y prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors

	Valor						
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min	Max	D^a	p
Calidad de la enseñanza	87.89	90.9	10.54	58.18	100	1.20	.107
1. Contenido recibido	86.70	90.0	11.26	60.00	100	1.43	.032
2. Contenido entregado	89.31	90.0	10.27	56.00	100	1.49	.023
Preparación para el alta	83.51	75.0	8.05	48.57	93.81	1.08	.188
1. Estado Personal	72.39	75.0	8.40	40.00	88.33	1.63	.009
2. Conocimiento	88.01	90.0	9.04	50.00	98.75	1.49	.023
3. Afrontamiento	82.35	86.6	9.02	46.67	93.33	1.58	.013
4. Apoyo esperado	92.07	95.0	8.40	60.00	100	1.48	0.24
Transición saludable	39.34	35.4	9.19	26.30	59.00	1.08	.191

Nota. *Mdn*=Mediana, *DE*= Desviación estándar, Min= Valor mínimo, Max= Valor Máximo, D^a =estadístico de prueba de distribución de normalidad, p = Significancia estadística de normalidad, $n=41$

La tabla 4, muestra las dificultades para la transición saludable posteriores al alta referidas por las mujeres, en cuanto a lo que le estresa, el 92.2% refiere frustración por no realizar actividades. El 46.3% señaló que la dificultad en el cuidado de su recuperación fue el cuidado de su drenaje; así mismo, señalan el mismo motivo en la dificultad para el manejo de su condición médica con un 73.2%. Con respecto a la dificultad para la familia el 58.5% expresaron el cuidarlas.

Tabla 4

Dificultades externadas por las mujeres con mastectomía para la transición saludable

Dificultades externadas por las mujeres	<i>f</i>	%
1. La estresa		
Sentir frustración por no realizar actividades	38	92.2
Ninguna	2	7.3
2. Dificultades en el cuidado de su recuperación		
No poder mover el brazo	17	41.5
Cuidado de su drenaje	19	46.3
Ninguna	5	12.2
3. Dificultad para el manejo para su condición medica		
El drenaje	30	73.2
Ninguna	10	26.8
4. Dificultad para la familia		
Cuidarme	24	58.5
Bañarme	12	29.0
Ninguna	5	12.2

Nota. *f*= Frecuencias, %= Porcentajes, *n*= 41

Estadística inferencial

Para dar respuesta en parte al objetivo general, en la tabla 5 se presenta la correlación de la calidad de la enseñanza, preparación para el alta y transición saludable a través del coeficiente de correlación de Spearman. El resultado muestra una correlación positiva entre la calidad de la enseñanza, la preparación para el alta y la transición saludable ($r_s = .420$, $p < .01$; $r_s = .493$, $p < .01$; $r_s = -.463$, $p < .01$). Lo que significa que a mayor calidad de la enseñanza y preparación para el alta menos dificultades en la transición saludable, también se encontró que, a mayor edad mayor la dificultad para la transición saludable, y a mayores años de educación menores dificultades en la transición saludable ($r_s = .321$, $p < .05$; $r_s = -.463$, $p < .01$ respectivamente).

Tabla 5

Coefficiente de Correlación de Spearman para los componentes de calidad de la enseñanza, preparación para el alta hospitalaria, y transición saludable.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Edad	1										
2. Años de educación	-.507**	1*									
3. Calidad de la enseñanza	-.241	.420**	1								
4. Contenido recibido	-.293	.439**	.953**	1							
5. Contenido entregado	-.153	.382*	.949**	.827**	1						
6. Preparación para el alta	-.199	.493**	.724**	.785**	.629**	1					
7. Estado personal	-.287	.468**	.773**	.793**	.716**	.852**	1				
8. Conocimiento	-.188	.379*	.659**	.737**	.543**	.940**	.723**	1			
9. Afrontamiento	-.103	.130	.351*	.436**	.245	.716**	.527**	.712**	1		
10. Apoyo esperado	-.031	.434**	.690**	.666**	.697**	.814**	.643**	.728**	.421**	1	
11. Transición saludable	.321*	-.463**	-.443**	-.438**	-.416**	-.801**	-.701**	-.679**	-.548**	-.605**	1

Nota. p = Significancia estadística * <.05. **<.01

Al analizar si había diferencia en la preparación del alta y ocupación, se encontró una diferencia significativa ($p < .05$) en la subescala estado personal y la ocupación, las mujeres con ocupación empleadas percibieron que estaban más preparadas para el alta en el aspecto personal, que las mujeres que eran amas de casa (Tabla 6).

Preparación del alta en las mujeres con mastectomías según la ocupación

Tabla 6

Ocupación	Subescala Estado personal				
	Media	Mdn	DE	U	p
Ama de Casa	71.82	75.00	6.64	90.50	.047
Empleadas	74.16	76.66	12.74		

Nota. *Mdn*= Mediana, *DE*=Desviación estándar, *U*= Prueba de U de Mann Whitney, *p*= Significancia estadística, *n*= 41

Se encontró diferencia significativa $p < .05$, en las dificultades que señalaron en el postoperatorio para la transición saludable en su hogar de las mujeres con mastectomía, según la edad ($Mdn = 50$, $DE = 8.6$ vs $Mdn = 58$ $DE = 12.1$ años), fueron las mujeres más jóvenes las que presentaron más estrés al sentirse frustradas por no realizar sus actividades que las mayores (Tabla 7).

Tabla 7

Dificultades para la transición saludable en mujeres con mastectomía según la edad

¿Qué ha sido estresante?	Edad			U	p
	Media	Mdn	DE		
Frustración por no realizar actividades	50.5	50.0	8.60	16.00	.038
Ninguna	64.0	58.0	12.1		

Nota. *Mdn*= Mediana, *DE*=Desviación estándar, *U*= Prueba de U de Mann Whitney, *p*= Significancia estadística, *n*= 41

Para dar respuesta al objetivo general, en la tabla 8, se muestra el resultado del Modelo de Regresión Lineal Múltiple, para la transición saludable, en estado civil y años de educación se encontró un modelo significativo ($p=.001$). Mostrando un efecto significativo para una transición saludable.

Tabla 8

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la transición saludable

			Coeficiente no estandarizados	Coeficientes estandarizados		IC 95%
	β	Error estándar	β_{eta}	p	LI	LS
Dificultades posteriores al alta (Constante)	45.1	4.78		.001		
Estado civil	5.33	1.44	.448	.001	1.46	6.40
Años de educación	-1.91	.43	-.529	.001	-.84	-34
Modelo 1			R ² =44.2%	$p < .001$		

Nota. β =Beta, IC 95%= Intervalo de confianza de 95%, LI= límite inferior, LS=límite superior, R²=Coeficiente de determinación

Capítulo IV

Discusión

El perfil sociodemográfico de las mujeres con mastectomía muestra que el promedio de edad fue de 50 años, esto concuerda con lo que la OMS (2020) refieren que hay mayor probabilidad de cáncer de mama en mujeres con edad superior a los 40 años. La política de salud en México, respecto al cáncer de mama, es que es obligatorio la mamografía después de los 40 años de forma anual. Y se enfatiza mayormente, la autoexploración mamaria. Sin embargo, la tendencia es que la edad en que se presenta el cáncer sea en mujeres más jóvenes (SS, 2018; SS,2016).

Lo anterior se relaciona con la etapa de cáncer, la más frecuente fue la etapa II con un 48.8%, seguido de la etapa I con un 36.6%. Este dato no concuerda con lo referido por el INEGI (2018), porque anteriormente se detectaba entre la etapa III y IV y ahora en la II y en la I. Esta mejoría no es suficiente, porque si se detecta en etapas más temprano, el pronóstico es mejor y mayor la supervivencia. En países del primer mundo, la detección es mayormente en la etapa 0, por lo que el pronóstico es mejor.

Respecto a la calidad de la enseñanza las mujeres la consideran alta, sin embargo, en la subescala de contenido entregado, ellas califican mejor la forma en que las enfermeras orientaron, que la información que recibieron. Este hallazgo coincide con Maloney et al. (2008) ellas en su estudio califican mejor el contenido entregado que la cantidad de información que recibieron. En cuanto a la preparación del alta, las mujeres tuvieron una puntuación alta, a pesar de eso, la subescala estado personal estuvo baja, esta subescala incluye preguntas como el estado emocional y el estado físico, aspectos que deben considerarse en el plan de alta, para que la satisfacción sea mayor en las mujeres.

La transición saludable en las mujeres de este estudio fue baja, sin embargo, si presentaron dificultades, entre ellas, frustración por no poder cuidarse después de la cirugía, porque les causa dolor y miedo para mover su brazo, y el manejo del drenaje. Este último, coincide con lo reportado por Díaz et al (2014) y Mesquita et al. (2012), estos autores reportan que a las mujeres les estresa el drenaje, incluso tuvieron que acudir al hospital, por la pérdida del vacío, por lo que hay que enfatizar en el plan de alta los cuidados que deben llevar en el hogar. Los problemas con la movilidad del brazo pueden deberse al dolor, este es otro aspecto se debe considerar en el plan de alta y el tratamiento de dolor farmacológico y no farmacológico.

Al dar seguimiento a los ocho días posteriores del alta a las mujeres en su casa, ninguna de ellas necesitó de internamiento, ni presentó complicaciones. Estos datos difieren de lo referido Mesquita et al. (2012) quienes señalan varias complicaciones en las mujeres, algunas de ellas tuvieron internamiento a consecuencia de dolor, sangrado, vómito, seromas. Y esto puede deberse a que no recibieron información sobre el cómo cuidarse en el hogar y porque el seguimiento fue en más tiempo. Sería recomendable programar otra visita al mes, y otra a los 3 meses, para descartar cualquiera complicación, porque el linfedema, se puede presentar en este tiempo. También, Díaz et al. (2014) en su estudio, señala que algunas mujeres presentaron cefalea, náuseas y vómitos, esto pudiera deberse; al tipo de anestesia que se utilizó, que fue la regional intervertebral torácica, mientras que en este estudio se usó la anestesia general.

Los resultados del presente estudio permitieron describir la relación entre calidad de la enseñanza, preparación para el alta y transición saludable, y se encontró que hay una correlación positiva entre la calidad de la enseñanza, y la preparación para el alta. Lo que significa que a mayor calidad de la enseñanza mayor preparación y una correlación negativa con la transición saludable, es decir que las mujeres con mayor calidad de la

enseñanza están más preparadas para el alta, y presentaron menores dificultades para tener una transición saludable. Estos datos coinciden con Silva et al. (2019) donde explican que, si se prepara a una persona para que regrese al hogar, se tendrá una transición saludable. Este hallazgo confirma lo relacionado con el plan de alta, se debe estandarizar, para que se asegure que todas las mujeres reciban la educación necesaria, para tener una transición saludable, sin dificultades.

Otro hallazgo encontrado fue que a mayores años de estudio y mayor edad, mayor es la calidad de la enseñanza, mayor es la preparación para el alta y menos dificultades en el posoperatorio. Al respecto Silva et al. (2019) refieren que la percepción de estar listos para el alta se ve influida por factores como la edad y días de estadía, lo que, en este estudio, este último no se consideró, debido a que el protocolo del postoperatorio de la mastectomía es de 24 horas, por lo que es necesario, asegurar la información adecuada a la mujer, antes de su alta. Se debe confirmar que se sienta preparada para irse al hogar, y monitorizar su recuperación, para seguir apoyando en el domicilio de la mujer.

Se encontró también que las mujeres que eran empleadas se sentían más preparadas, que las mujeres que eran amas de casa. Esto coincide con Meléis (2010), debido a que en la teoría señala que hay condiciones sociales y estereotipos que pueden dificultar la transición saludable como lo es la ocupación. Es decir, que la mujer que se dedica al hogar se siente más presionada para retomar el control, pues dentro de su quehacer está el cuidar a otros, y no que otros la cuiden a ella. Por lo que se debe de considerar en el plan de alta en las mujeres que sean amas de casa, ayudarlas en el aspecto físico, emocional y social.

En este estudio los resultados muestran que las mujeres más jóvenes tuvieron más dificultades para la transición saludable. Estos datos coinciden con Nowak et al. (2021) quienes reportan que los pacientes más jóvenes podrían estar más sorprendidos con el diagnóstico o tener menos experiencia con el sistema sanitario, estos aspectos pueden aumentar las expectativas, así como la angustia al alta para los pacientes más jóvenes.

Así mismo, los años de educación y el estado civil de las mujeres, explican en un 44.2% una transición saludable en mujeres con mastectomía. Al respecto, Maloney et al. (2008) Nowak et al. (2021), Silva et al. (2019) señalan el estado civil, más no los años de educación. Las mujeres con más años de educación, puede ser que tengan más inquietudes y por lo tanto no se queden con dudas, que aquellas que tienen menos escolaridad. Las mujeres que tienen pareja pueden tener mayor respaldo para que la transición sea saludable, que las mujeres sin pareja.

Conclusiones

La etapa del cáncer que predominó en las mujeres en este estudio fue la etapa II, en donde se muestra que a pesar de la prevención que se realiza para la detección temprana del cáncer de mama, esto no se logra cumplir, ya que se detecta en su mayoría en un estadio avanzado.

A mayor calidad de la enseñanza y preparación para el alta, menor son las dificultades que tienen para una transición saludable. Las mujeres con mayor edad tuvieron menos dificultades para una transición saludable. Los años de educación, y el estado civil influyen en la transición saludable.

La dificultad mayormente identificada fue el problema con el drenaje. Estos datos deben ser considerados para mejorar el plan de alta para las mujeres con mastectomía.

Recomendaciones para la práctica

Fortalecer la educación de las mujeres con mastectomía tomando en cuenta la percepción para la preparación para el alta de cada mujer y sus necesidades individuales de enseñanza, así como sus características personales.

Se recomienda establecer un programa de seguimiento a las mujeres con mastectomía que permita asegurar una transición saludable.

Se recomienda mejorar el vínculo enfermera- paciente para mejorar el modo de entrega de la educación al alta.

Recomendaciones para la investigación

Se recomienda profundizar en el estudio de las transiciones experimentadas por las mujeres con mastectomía a través de la teoría de las transiciones de Meléis.

Desarrollar estudios de intervención que permitan fortalecer la información que se les brinda a las mujeres con mastectomía, así como las competencias de enfermería en cuanto al modo de entrega de la educación al alta hospitalaria.

Realizar investigaciones e incorporar el componente cualitativo sobre los factores estresantes que las mujeres presentan semanas posteriores a su egreso hospitalario.

Se recomienda en futuras investigaciones utilizar el instrumento de la calidad de la enseñanza versión larga, donde venga incluido las necesidades de la mujer.

Se recomienda seguir utilizando los instrumentos en investigaciones futuras para continuar el análisis de sus componentes en población mexicana.

Referencias

- Chavira, A., Pérez, E., & Hernández, S. (2019). Complicaciones postoperatorias en mujeres con cirugía por cáncer de mama. *Revista Enfermería Universitaria*, 16(2), 149-156. <https://orcid.org/0000-0002-1658-5539>
- Consejo de Salubridad General (CSG). (2018). Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad, estándares para certificar hospitales 2018. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacionestablecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
- Díaz, M., Caragol, L., Sopeda, L., & Camporro, D. (2014). Desarrollo e implantación de un protocolo perioperatorio de enfermería en cirugía plástica mamaria ambulatorio. *Revista Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* 40 (1). 21-28. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v40n1/original3.pdf>
- Fitzgerald, J. Piacentine, L. & Weiss, M. (2008). Dificultades de afrontamiento después de la hospitalización. *Revista investigación clínica de enfermería*. 17 (4). 278-296.
- Grove, K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, (7th ed.). Estados Unidos: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DE DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER. (inegi.org.mx)
- López, T., Leonel, A., Ávila, C., & Castolo, C. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13(1), 12-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- Maloney, L. & Weiss, M. (2008). Percepción de los pacientes sobre las necesidades informativas de alta hospitalaria. *Investigación en Enfermería Clínica*, 17. 200-219.

- Martín, M., Torres, M., Mora, Y., & Acosta, Y. (2018). Conocimientos sobre cuidados a la mujer mastectomizada del centro de Cuba en la atención enfermera. *Revista educativa medica del Centro*. 12(2):177-189.
- Meléis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. Middle range and situation specific Theories in Nursing research and practice. Springer Publishing Company, New York.
- Meléis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Mesquita, E., Carvaho, A., Teixeira, F., Malgalhaes, R., Daiva, D., & Teixeira, D. (2012). ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE MASTECTOMÍA. *Revista de enfermería* 6 (4).707-713. 10.5205/reuol.2226-17588-1-LE.0604201201
- Nowak, M., Swora, M., Karbach, U., & Ansmann, L. (2021). Asociaciones entre las estructuras hospitalarias, los procesos y las experiencias de los pacientes en la preparación para el alta en los centros de cáncer de mama: Un análisis multinivel análisis. *Revista Gestión de la asistencia sanitaria* 46 (2).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Mejorar la calidad de la atención de salud en todo el sistema sanitario. <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cáncer de mama. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organización Mundial de la salud. (2020). Servicios sanitarios de calidad. Servicios sanitarios de calidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Secretaría de salud. (2018). Cáncer de mama.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248801/CancerdeMujer.pdf>.

Secretaría de Salud. (2011). Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. CENETEC.

Secretaría de Salud. (2016). Norma Oficial Mexicana [NOM-041-SSA2], Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf

Secretaría de Salud (SS). (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud [DOF 02-04-2014], México.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

Silva, V., Quiroz, P., & Weiss, M. (2019). Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. *Revista Índice de Enfermería*, 27 23-27.

Torres, G., Khaul, F., Ortega, C., Magana, L., Sanchez, S., & Lazcano, E. (2011). Detección temprana y manejo integral del cáncer de mama. (1th ed.).

Villacorta, A., & Villacorta, D. (2017). Cuidados de Enfermería en la mujer con mastectomía profiláctica tras el alta hospitalaria. *Revista Investigación cuidados de enfermería* 2 (1).

Weiss, M., & Piacentine, L. (2006). Propiedades psicométricas de la Escala de Preparación para el Alta Hospitalaria. *Revista Investigación clínica de enfermería* 14(3), 1-24.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de datos personales

Folio _____

Los siguientes datos son para caracterizar la muestra de las participantes de este estudio.

La información solicitada se marcará con una cruz en la alternativa que corresponda.

Edad: _____ años	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Tipo de cáncer</td> <td style="width: 50%; border: none;">Etapa del cáncer</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>	Tipo de cáncer	Etapa del cáncer	_____	_____								
Tipo de cáncer	Etapa del cáncer												
_____	_____												
Estado Civil: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. Soltera</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Casada</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Viudo/Separado</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Unión libre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1. Soltera	<input type="checkbox"/>	2. Casada	<input type="checkbox"/>	3. Viudo/Separado	<input type="checkbox"/>	4. Unión libre	<input type="checkbox"/>	Ocupación <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. Ama de casa</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Empleada</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1. Ama de casa	<input type="checkbox"/>	2. Empleada	<input type="checkbox"/>
1. Soltera	<input type="checkbox"/>												
2. Casada	<input type="checkbox"/>												
3. Viudo/Separado	<input type="checkbox"/>												
4. Unión libre	<input type="checkbox"/>												
1. Ama de casa	<input type="checkbox"/>												
2. Empleada	<input type="checkbox"/>												
Nivel educativo <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. Primaria</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Preparatoria</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1. Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Preparatoria	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ocupación: _____				
1. Primaria	<input type="checkbox"/>												
Secundaria	<input type="checkbox"/>												
Preparatoria	<input type="checkbox"/>												
	<input type="checkbox"/>												

Apéndice B

Escala de calidad en las instrucciones del alta – forma corta para adultos

Marque o encierre en un círculo su respuesta. Las respuestas se basan en una escala de 10 puntos, del 0 al 10. Las palabras debajo del número indican lo que significa el 0 o el 10. Escoja el número del 0 al 10 que refleje mejor su opinión. Por ejemplo, si hace un círculo alrededor del número 7 significa que está más de acuerdo con el número 10 que con el número 0, pero no del todo.

1b. ¿Cuánta información recibió por parte de las enfermeras sobre el cuidado que tendrá usted en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
2b. ¿Cuánta información recibió por parte de los enfermeros sobre cómo se sentía emocionalmente después de que regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
3b. ¿Cuánta información recibió por parte de los enfermeros sobre sus necesidades médicas o tratamientos (por ejemplo, cuidados de una incisión quirúrgica, tratamientos respiratorios, ejercicio, rehabilitación, tomar sus medicamentos en las cantidades y los horarios correctos) después de que regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
4b. ¿Cuánta práctica tuvo con sus tratamientos médicos o medicamentos antes de irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
5b. ¿Cuánta información recibió por parte de los enfermeros sobre a quién y cuándo debe llamar si tiene problemas después de que regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
6b. ¿Cuánta información recibieron sus familiares u otras personas sobre su cuidado después de que regrese a casa del hospital?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
7. ¿En qué medida la información proporcionada por sus enfermeros respondió a sus inquietudes y preguntas específicas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Muchísima
8. ¿Cuánto escucharon sus enfermeros sus inquietudes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima

9. ¿Cuánto le gustó la manera en que sus enfermeros le enseñaron como cuidarse a sí mismo en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Ninguna								Muchísima			
10. ¿Se le dio información sobre cómo debe cuidarse en horarios que son adecuados para usted?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Ninguna								Muchísima			
11. ¿Sus enfermeros le ayudaron a sentirse seguro de su capacidad para cuidarse usted mismo en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Ninguna								Muchísima			

© Dr. Marianne Weiss, Dmarianne.weiss@marquette.edu

Apéndice C

Escala de preparación para el alta del hospital-formulario para pacientes ©

Marque o encierre en un círculo su respuesta. Las respuestas se basan en una escala de 10 puntos, del 0 al 10. Las palabras debajo del número indican lo que significa el 0 o el 10. Escoja el número del 0 al 10 que refleje mejor su opinión. Por ejemplo, si hace un círculo alrededor del número 7 significa que está más de acuerdo con el número 10 que con el número 0, pero no del todo.

1. Físicamente ¿está usted listo para ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada listo Completamente listo
2. ¿Cómo describiría su dolor o malestar hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ningún dolor/ Dolor/malestar
3. ¿Cómo describiría su fuerza hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Débil Fuerte
4. ¿Cómo describiría su energía hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Poca energía Fuerte
5. Emocionalmente, ¿se siente preparado para ir a casa hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Preparado
6. ¿Cómo describiría su habilidad física de cuidarse hoy (por ejemplo, higiene, andar, ir al baño)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Completamente capaz
7. ¿Sabe cómo cuidarse cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
8. ¿Sabe cómo atender sus necesidades personales (por ejemplo, higiene, bañarse, ir al baño, comer) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
9. ¿Sabe cómo atender sus necesidades médicas (tratamientos, medicamentos) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
10. ¿Sabe qué problemas pueden surgir cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
11. ¿Sabe a quién y cuándo llamar si tiene problemas cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	No sé nada	Lo sé todo
12. ¿Sabe qué restricciones tiene (lo que puede o no puede hacer) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	No sé nada	Lo sé todo
13. ¿Sabe qué va a ocurrir con su plan de tratamiento médico cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	No sé nada	Lo sé todo
14. ¿Conoce los servicios y la información disponibles en su comunidad cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	No sé nada	Lo sé todo
15. ¿Cómo va a poder llevar a cabo las tareas de cada día en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	Muy mal	Perfectamente
16. ¿Cómo va a llevar a cabo su cuidado personal (por ejemplo, higiene, bañarse, ir al baño, comer) en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	Muy mal	Perfectamente
17. ¿Cómo va a llevar a cabo su tratamiento médico (por ejemplo, cuidar una incisión quirúrgica, tratamientos respiratorios, ejercicio, rehabilitación, o tomar la dosis correcta de su medicina a la hora correcta) en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	Muy mal	Perfectamente
18. ¿Cuánto apoyo emocional va a tener cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	Ninguno	Mucho
19. ¿Cuánta ayuda va a tener a la hora de su cuidado personal cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	Ninguna	Mucha
20. ¿Cuánta ayuda va a tener con las tareas domésticas (por ejemplo, cocinar, limpiar, comprar, cuidar niños) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	Ninguna	Mucha
21. ¿Cuánta ayuda va a tener con su cuidado médico (tratamiento, medicinas)?	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
	Ninguna	Mucha

Apéndice D

Escala de dificultad de afrontamiento posterior al alta- forma para adultos ©:

<p>1. ¿Qué tan estresante ha sido su vida?</p> <p>¿Qué ha sido estresante?</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada estresante Extremadamente</p>
<p>2. ¿Cuántas dificultades ha tenido con su recuperación?</p> <p>¿Qué ha sido difícil?</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Ninguna dificultad dificultades Muchísimas</p>
<p>3. ¿Cuántas dificultades ha tenido con el cuidado de su persona?</p> <p>¿Qué ha sido difícil?</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Ninguna dificultad dificultades Muchísimas</p>
<p>4. ¿Cuántas dificultades ha tenido con el manejo de su condición?</p> <p>¿Qué ha sido difícil?</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Ninguna dificultad dificultades Muchísimas</p>
<p>5. ¿Qué tan difícil ha sido este tiempo para su familia y allegados?</p> <p>¿Qué ha sido difícil?</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada difícil Extremadamente</p>
<p>6a. ¿Cuánta ayuda ha necesitado con el cuidado de su persona?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada de ayuda Muchísima Ayuda</p>
<p>7. ¿Cuánta ayuda esperaba necesitar?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada de ayuda Muchísima Ayuda</p>

8 ¿Cuánto apoyo emocional ha necesitado?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada de ayuda Muchísima Ayuda
9 ¿Qué tan seguro se ha sentido en su habilidad de atender sus propias necesidades?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada seguro Totalmente seguro
10. ¿Ha podido atender sus propias necesidades médicas cómo medicamentos o tratamientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Para nada Totalmente
11. ¿Qué tan bien se ha adaptado a estar en casa desde su hospitalización?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada bien Extremadamente bien

© Dr. Marianne Weiss, marianne.weiss@marquette.edu

Apéndice F

Consentimiento informado

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del proyecto: CALIDAD DE LA ENSEÑANZA, PREPARACION PARA EL ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES CON MASTECTOMÍA

Investigador responsable: LE. Guadalupe Cruz Bernal

Asesor responsable: ME. Julia Teresa López España

Introducción/Propósito del estudio:

El presente estudio está enfocado a conocer algunos aspectos relacionados con la relación de la calidad de la enseñanza, preparación para el alta y la transición saludable en mujeres con mastectomía. Por esta razón se le invita a participar en el presente estudio que forma parte como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Antes de que tome una decisión, se le brindará información clara, veraz, suficiente y oportuna acerca del presente estudio que se describe a continuación. Si desea participar le solicitamos firmar esta forma de consentimiento.

Descripción del estudio/procedimiento:

Si usted decide participar se le aplicarán dos cuestionarios por medio de la entrevista los cuales serán explicados a detalle por el investigador y 8 días después de que usted egrese de la institución recibirá una llamada telefónica para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades diarias cuidando en todo momento su privacidad y anonimato. El tiempo en contestar los cuestionarios será de 15 minutos aproximadamente. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que deje de participar, no tendrá ningún problema o consecuencia en la institución hospitalaria.

Riesgos:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Sin embargo, si se llegara a sentir incómoda e indispuesta, puede retirarse por un momento y reintegrarse posteriormente para seguir contestando las preguntas. Al igual, puede retirarse del estudio en el momento que lo decida.

Beneficios:

En este estudio no existe un beneficio remunerado o costo económico por participar; sin embargo, en un futuro los resultados encontrados, permitirán el diseño de programas para fortalecer el desarrollo de programas sobre preparación y enseñanza para egresos hospitalarios exitosos y además programas de seguimientos domiciliario para mujeres en etapa de postquirúrgico de mastectomía. La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, si acepta participar los únicos que conoceremos esta información será usted y los responsables de la investigación. No se proporcionará información personalizada a ninguna persona, los resultados de ser expuestos en un artículo de investigación serán publicados de forma general sin afectar su individualidad, los cuestionarios que conteste serán anónimos y su información es totalmente confidencial por lo que no es necesario que proporcione su nombre. Para respetar el anonimato en todo momento se manejarán códigos o números de folios a fin de que usted no sea identificada. Estos se mantendrán bajo resguardo por el investigador durante un periodo de seis meses y posteriormente serán destruidos.

Compromisos del Investigador:

Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera su atención en el hospital donde se encuentra atendida. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la participación en este estudio, por favor comuníquese con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], la cual se localiza en la Subdirección de Posgrado e Investigación

de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 81 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Acepto voluntariamente, participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He escuchado la información que me han otorgado a cerca de este estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción, aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que yo lo decida.

Firma y Fecha del participante

Firma y Fecha del investigador

Firma y Fecha del Testigo 1

Firma y Fecha del Testigo 2

Resumen Autobiográfico

L.E Guadalupe Cruz Bernal

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis: CALIDAD DE LA ENSEÑANZA, PREPARACION PARA EL ALTA
Y TRANSICION SALUDABLE EN MUJERES CON MASTECTOMÍA**

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Biografía: Nacida en Cuatro Bancos, Guerrero, México, el 12 de diciembre del 1996, hija de la Sra. Martha Bernal Ozuna y el Sr. Ervey Cruz Gallardo.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero, generación 2014-2019. Becario del Consejo

Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de posgrado.

Correo electrónico: bernal.cruz96@gmail.com