

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad como constancia de entrega del documento para ingreso al Repositorio Digital (Dspace).

TITULO	Aspectos motivacionales en mujeres posmastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogotá		
SUBTITULO			
AUTOR(ES) Apellidos, Nombres (Completo) del autor(es) del trabajo	Cárdenas Rodríguez, Elda Milena		
	Pardo Briñez, Leidy Johanna		
PALABRAS CLAVE (Mínimo 3 y máximo 6)	Cáncer de mama		Motivación
	Ejercicio físico		Aspectos sociodemográficos
	Mastectomía		
RESUMEN DEL CONTENIDO (Mínimo 80 máximo 120 palabras)	<p>Introducción: El cáncer de mama, es el problema oncológico más frecuente en población femenina de países en vía de desarrollo, esta investigación muestra falencias en programas de prevención y promoción liderados por fisioterapeutas Objetivo: Determinar los aspectos motivacionales de mujeres mastectomizadas al iniciar un programa de ejercicio físico. Metodología Se plantea un estudio no experimental, transversal descriptivo se utiliza y se modifica el instrumento de Autoinforme de Motivos para la Práctica de Ejercicio Físico Resultados: las principales motivaciones para realizar ejercicio físico en la población estudiada está en la categoría de salud positiva y de prevención en complicaciones Conclusiones: se establece la importancia de crear programas de ejercicio físico para dar respuesta a la exigencia de la población mastectomizada.</p>		

Autorizo (amos) a la Biblioteca Octavio Arizmendi Posada de la Universidad de La Sabana, para que con fines académicos, los usuarios puedan consultar el contenido de este documento en las plataformas virtuales de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Aspectos motivacionales en mujeres posmastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogotá

Estudiantes:

**Elda Milena Cárdenas Rodríguez
Leidy Johanna Pardo Briñez**

Asesor Temático

**Jorge Enrique Moreno Collazos
Fisioterapeuta
Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar
Magister en ciencias de la actividad física y deporte**

Universidad de la Sabana

Facultad de Enfermería y Rehabilitación

Programa de Fisioterapia

Chía 28 de Septiembre del 2012

Aspectos motivacionales en mujeres posmastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogota.

Estudiantes:

**Elda Milena Cárdenas Rodríguez
Leidy Jhoanna Pardo Briñez**

Asesor Temático

**Jorge Enrique Moreno Collazos
Fisioterapeuta
Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar
Magister en ciencias de la actividad física y deporte**

**Universidad de la sabana
Facultad de Enfermería y Rehabilitación Programa de Fisioterapia**

Chía, 29 de febrero del 2012

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Chía 05 de Octubre del 2012

CONTENIDO

1. Título
2. Introducción
3. Problema de investigación
 - 3.1 Descripción del problema
 - 3.1.1 Antecedentes
 - 3.1.1.1.1 Antecedentes legales
 - 3.1.1.1.2 Antecedentes Investigativos
 - 3.1.1.1.3 Antecedentes históricos o institucionales
 - 3.2 Pregunta de investigación
 - 3.3 Justificación
 - 3.5 Delimitación
 - 3.5.1 Delimitación espacial
 - 3.5.2 Delimitación temporal
 - 3.5.3 Delimitación conceptual
 - 3.6 Objetivo General
 - 3.7 Objetivos Específicos
 - 4 Marco teórico
 - 5 Metodología
 - 5.1 Diseño de la investigación
 - 5.2 Población y Muestra
 - 5.2.1 Criterios de Selección de la Muestra
 - Criterios de Inclusión

- Criterios de Exclusión
 - 5.2.2 Muestreo
 - 5.2.3 Tamaño de la Muestra
- 5.3 Materiales y métodos
- 5.4 Variables
- 5.5 Definición de variables
- 5.6 Operacionalización de variables
- 6 Consideraciones Éticas
- 7 Recursos
- 8 Cronograma
- 9 Presupuesto
- 10 Resultados
- 11 Discusión
- 12 Conclusiones
- 13 Bibliografía
- 14. Anexos

1. Título

Aspectos motivacionales en mujeres posmastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogotá.

2. Introducción

El cáncer de mama, es el problema oncológico más frecuente entre la población femenina de los países en vía de desarrollo como Colombia. De acuerdo con las bases de datos de mortalidad e incidencia se ha observado un incremento rápido y progresivo en los últimos 20 años; [1]; Lo cual muestra ausencia de programas de prevención y promoción de la salud bien establecidos, mínimo control de los cánceres tempranos, gran proporción de mujeres que se diagnostican en estados avanzados, problemas en el tratamiento debido a sus costos y problemas de equidad en el acceso al sistema de salud. [2].

Actualmente se plantean necesidades diferentes para las mujeres afectadas por el cáncer de mama, que han tenido un proceso quirúrgico. Estas mujeres Mastectomizadas por lo general, durante la fase de hospitalización generan un des acondicionamiento físico por falta de movilidad, desarrollando así una afectación completa de todos los sistemas del cuerpo humano, logrando desencadenar sensaciones de debilidad, baja autoestima y frustración por perder parte de su independencia, dinamismo familiar y social. [3]. [4].

Por sus implicaciones patológicas, las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno manifiestan una serie de síntomas y sensaciones como la ansiedad, depresión, miedo, vergüenza, angustia e impotencia a causa del conocimiento relativo de la evolución del diagnóstico y los costos del tratamiento [5]. Por lo tanto esta situación condiciona a que mujeres mastectomizadas presenten cambios en sus reacciones psicofisiológicas, las cuales dependerán de su edad, sus hijos, sus relaciones interpersonales, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía; que conllevan a alteraciones conductuales respecto a el entorno. [6].

En relación con estos aspectos se han planteado diversas estrategias de tratamiento como la terapia sistémica y local que genera altos costos y efectos secundarios, lo que conlleva paralelamente a abordajes más conservadores como el ejercicio físico que ha adquirido una vital importancia en la intervención de mujeres mastectomizadas, dado a su factor protector frente a las secuelas originadas en el tratamiento y cuantiosos beneficios físicos y psicológicos. [7].

Por lo tanto el ejercicio físico puede influir simultáneamente en la condición funcional de la mujer mastectomizadas en cuanto al incremento de la amplitud del ROM, fuerza muscular, percepción corporal, autoestima, relaciones

interpersonales entre otras, ayudando a una mayor independencia funcional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) favoreciendo así un estilo de vida saludable que mejora su calidad de vida. [8].

Sin embargo en todo este proceso es fundamental la percepción y la autonomía de cada paciente para determinar el método terapéutico más óptimo para su bienestar.

A partir de lo anterior, el principal planteamiento que se pretende mostrar en la investigación se fundamenta en conocer los aspectos motivantes de mujeres mastectomizadas al iniciar un programa de ejercicio físico con el propósito de lograr una mayor participación de la población en la realización de ejercicio físico y obtener una mayor efectividad en la ejecución de programas de ejercicio físico; a su vez resaltar la labor que ejerce el fisioterapeuta como agente promotor de procesos de sensibilización, empoderamiento, modificación de estilos de vida saludable e innovador de estrategias promocionales de la salud, que intentan reducir los costos de sanidad pública respecto a la intervención clínica de la mastectomía garantizando una mejor expectativa de vida. [9].

3. Problema de investigación

3.1 Descripción del problema

El cáncer de seno es una de las principales causas de morbimortalidad por cáncer a nivel mundial, En Colombia, es el segundo cáncer más frecuente en mujeres; en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar y Valle, genera hasta 22,3% de las muertes por cáncer, y en Bogotá, es la decimosegunda causa de muerte general, [10] El 18.2% de las mujeres que han muerto por cáncer son mujeres entre 40 y 55 años [11]. El cáncer de mama empieza a perfilarse como un problema de salud pública, con un incremento en la incidencia y en la mortalidad y con una razón incidencia/mortalidad desfavorable, lo que se ha atribuido principalmente a problemas en el desempeño de los servicios de salud lo que indica que no existen estrategias eficaces para el control del cáncer lo que muestra que se deben supervisar y evaluar las tendencias de futuro.[12]

Del mismo modo habitualmente cuando una mujer escucha que le van a intervenir quirúrgicamente para efectuar una mastectomía, ella recibe un gran impacto emocional se enfoca principalmente en analizar por qué se produce y cuáles van a ser sus consecuencias, toma tiempo probablemente para afrontar la situación y luego piensa en lo que simboliza la glándula mamaria para ella ya que sin duda alguna los senos son uno de los segmentos corporales más representativos de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Estas han desempeñado un papel predominante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión de los grupos étnicos y pueblos. La pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos de todo tipo,

los cuales pueden ser variables en cada caso. A pesar de los grandes esfuerzos realizados por la ciencia, la industria y las instituciones públicas y privadas de los países desarrollados del planeta, la guerra contra el cáncer se considera todavía un capítulo oscuro en la historia de la medicina científica lo que implica el desarrollo de nuevas estrategias por parte de las afectadas y por quienes las traten. [13]

Por otra parte, el ejercicio físico es uno de los factores fundamentales de la promoción de la salud. Su práctica regular, permite generar adaptaciones en diferentes sistemas como el sistema cardiopulmonar y osteomuscular, para mejorar la condición y función del organismo, pero el principal problema es que no se impacta en la Salud al carecer de mecanismos de prevalencia a largo plazo por consiguiente no existe prevención ya que no se incide directamente sobre los factores de riesgo poblacionales, cuando esta debería ser una estrategia coordinada de salud pública como elemento indispensable para el control del cáncer de mama, orientado a velar por la exigencia de programas de ejercicio físico eficientes acordes a las necesidades y expectativas de la población.

Se ha encontrado que lo más asociado al ejercicio físico en mujeres mastectomizadas es la realización de los quehaceres domésticos. Los motivos por los cuales las mujeres no realizan ejercicio físico es el desconocimiento de sus beneficios, el desánimo causado por los efectos colaterales del tratamiento y el estrés emocional por las responsabilidades de las actividades de la vida diaria [14].

Por lo tanto se necesita una reforma profunda que aborde integralmente los problemas de insuficiencia en cobertura, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud; de manera que permita ofrecer servicios de calidad a costos razonables a todos los pacientes que requieran de los servicios interviniendo dentro de una perspectiva exclusivamente biopsicosocial.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los aspectos motivacionales que influyen en las mujeres mastectomizadas de 36 – 74 años para iniciar un programa de Ejercicio Físico en la fundación Amese de Bogotá?

3.3 Justificación

Actualmente los tratamientos de mujeres mastectomizadas se han centrado exclusivamente en la curación física, dejando de lado aspectos sociales, espirituales y emocionales, estos dan prioridad a la percepción de la imagen corporal como aspecto que envuelve un conjunto de sentimientos y actitudes que pueden modificar parte de la estructura de vida, afectando significativamente la calidad de vida de este grupo poblacional [15]. El concepto de calidad de vida es fundamental en una enfermedad como es el cáncer de mama, a causa del impacto que genera en todas las esferas de ser humano, lo cual permite comparar las variaciones de vida de cada paciente de acuerdo a

sus determinantes subjetivos (lo percibido por el individuo, la satisfacción y la felicidad) y objetivos (las condiciones materiales, como el nivel de vida o el estado físico del individuo). [16].

El presente estudio pretende conocer aquellos aspectos motivacionales que permiten a mujeres mastectomizadas iniciar un programa de ejercicio físico teniendo en cuenta que el ejercicio físico es un factor protector que contribuye a que estas mujeres continúen con su proyecto vital con mejores condiciones funcionales tanto físicas como psicológicas permitiendo fortalecer su entorno familiar y sus vínculos sociales después de la intervención quirúrgica.[17]

En este sentido se requiere un método centrado en pacientes, como estrategia que puede mejorar su calidad de vida, especialmente de aquellas mujeres de nivel socioeconómico bajo. Se deben fortalecer las estrategias de promoción de los programas de ejercicio físico que ayuden en el afrontamiento de las secuelas de la patología, teniendo como principal recurso el apoyo moral, social y espiritual de su entorno. Lo anterior podría desarrollarse especialmente cuando se realiza la tarea de atención a la paciente, sea que lo haga un profesional de la salud o un familiar, pues ellos constituyen una parte importante de su red de apoyo debido a la gran injerencia que tienen en la evolución del tratamiento. Estas estrategias tienen el efecto de disminuir las consecuencias emocionales negativas del procedimiento oncológico y conocer las expectativas de la población para construir programas individualizados de acuerdo a lo requerido por estas mujeres.[18]

De acuerdo con lo anterior, se ha hecho énfasis en los beneficios del ejercicio físico tanto si se lleva a cabo durante la terapia, como una vez finalizado el tratamiento; ya que este puede disminuir varios síntomas y problemas de salud que se presentan en este tipo de población, Por lo tanto, los programas de ejercicio físico se tienen como una herramienta clave que pueden incidir de manera positiva en la población por sus acciones correctivas en el estado de salud, promoviendo una vida saludable, evitando el sedentarismo y favoreciendo habilidades físicas; además como complemento por ser personalizado brinda un soporte emocional que disminuye los sentimientos de incapacidad, ansiedad e inseguridad presentes en la mujer, logrando mejorar la autoestima y la capacidad física [19].

Sin embargo , se ha encontrado que lo más asociado al ejercicio físico en mujeres mastectomizadas es la realización de los que haceres domésticos [20].por lo que resulta de vital importancia conocer los aspectos motivacionales que tienen las mujeres post- mastectomizadas para iniciar un programa de ejercicio físico con el fin de minimizar los abandonos a los programas de ejercicio físico y promover un mayor grado de satisfacción en esta población que permita contribuir en el desarrollo social.

De tal modo que la rehabilitación de estas mujeres forma parte del accionar del Fisioterapeuta que fundamenta sus acciones en la promoción del bienestar cinético, prevención de alteraciones y habilitación del movimiento corporal

humano [21].este proceso es un coadyuvante directo del ejercicio físico ya que trae a nuestro cuerpo muchos beneficios, porque reduce aspectos como la fatiga, ansiedad, depresión y estrés; del mismo modo mejora la calidad de vida, imagen corporal, consumo máximo de oxígeno (VO₂máx) y fuerza muscular. Es por esta razón que el fisioterapeuta, como gestor de los programas de ejercicio físico, busca incidir en el bienestar de la población contribuyendo en los cambios de la condición física, la recuperación de los sistemas esenciales para el movimiento humano y el progreso en todas las esferas del ser humano

3.6 Objetivo general

Determinar los aspectos motivacionales que tienen las mujeres post mastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico en la fundación Amese de Bogotá

3.7 Objetivos Específicos

- Conocer las características socio demográficas de mujeres posmastectomizadas que asisten a la fundación Amese de Bogotá.
- Identificar los aspectos que motivan a mujeres posmastectomizadas iniciar un programa de ejercicio físico.

4. Marco Teórico

El cáncer de mama es una enfermedad originada por la existencia de una célula anormal que causa que uno o varios de sus genes sean defectuosos originando desequilibrio del crecimiento, induciendo a la célula a entrar en un estado de proliferación incontrolada esta es considerada una enfermedad sistémica por la capacidad de presentar una proliferación desordenada, de las células del epitelio glandular mamario (conductos, lobulillos) y en menor frecuencia del estroma. [22].

La mayoría de los cánceres de seno comienzan en las células que recubren los conductos (cánceres ductales). Algunos cánceres de seno se originan en las células que recubren los lobulillos (cánceres lobulillares), mientras que un pequeño número se origina en otros tejidos. Dentro de los diferentes tipos de cáncer se encuentran dos tipos de carcinomas más comunes: el Carcinoma ductal in situ se desarrolla en el conducto lácteo, crecen sin control pero permanecen dentro del conducto del seno; Carcinoma ductal invasivo el cual hace metástasis hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo. [23] [24].

En las mujeres, el cáncer de mama (CM) es el tumor maligno más frecuente y es la seg

una causa de muerte por cáncer en el mundo. [25]. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1,2 millones de mujeres tendrán anualmente cáncer de mama, de las cuales, el 18% se presentarán en América Latina; lo cual lo convierte en un problema de salud pública mundial de alta complejidad. [26].

El informe estadístico de proyecciones de la Asociación Internacional de Registro de Cáncer data que la incidencia anual de este cáncer es de 1'151.298 enfermos, con una mortalidad de 410.712 casos y una prevalencia en 5 años de 4'406.080 enfermos en todo el mundo. en Estados unidos el número de muertes incremento un 50% y en Colombia en el año 2010, la tasa de mortalidad alcanzo 13.2 por 100, 000 mujeres entre edades de 35 a 55 años; Lo cual muestra una situación preocupante que establece aspectos que motivan a la formulación y desarrollo de acciones de control basadas en medidas de prevención, detección temprana, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto económico y sus factores de riesgo [27]. [28].

Los factores de riesgo más asociados son: edad media de aparición 54 años, 45 % aparecen después de los 65 años, la raza: las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor probabilidad de morir de este cáncer, historia familiar El 60% de los cánceres mamarios familiares ocurre antes de la menopausia contra un 25% de las no familiares, exposición a las hormonas femeninas (endógenas y exógenas), menarquía temprana antes de los 12 años o tardía después de los 15 años , primera gestación tardía, después de los 30- 35 años la cual aumenta 5 veces el riesgo , enfermedades benignas de la mama, anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas) aumenta muy ligeramente el riesgo 5 casos por cada 100.000 mujeres, bebidas alcohólicas, uso frecuente de desodorantes que contienen aluminio, niveles altos de insulina en sangre, dieta rica en grasa de animales, la obesidad por acumulo de grasa en abdomen, senos, y factores ambientales [29]. [30].

En referencia al tratamiento convencional de cáncer este se divide en terapia local: (la cirugía y radioterapia) y terapia sistémica:(quimioterapia y terapia hormona); los cuales tienen efectos secundario ya sean leves, moderados o graves; lo cual está directamente relacionado con el tipo de terapia obtenida. [31].

Los tratamientos convencionales de cáncer de seno se dividen en terapia local: (la cirugía y radioterapia) la terapia sistémica:(quimioterapia y terapia hormona) siendo la cirugía el procedimiento invasivo más común, existen 3 tipos de intervención, la mastectomía total, mastectomía radical modificada y cuadrantectomía presentando efectos secundarios como infección, problemas

de cicatrización, riesgos de coágulos, entumecimiento en la parte superior del brazo y la axila, linfedema y disminución de rangos de movilidad a nivel de la articulación de hombro. [32]. [33].

En efecto, y tal como lo señala la literatura científica al respecto, los tratamientos desencadenan, para la mujer con cáncer de la mama, una serie de efectos secundarios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; como es la mastectomía la cual genera una doble crisis: por un lado la exposición a un riesgo quirúrgico, siempre peligroso, aún cuando ello signifique la posibilidad de salvar la vida y de recobrar la salud perdida y por otro lado, la privación de un órgano, el seno, pues este más de ser una estructura que engloba la fisionomía compromete los valores existenciales de la mujer a raíz de las “cargas simbólicas”. [34]. En la mayoría de las culturas, se advierte que la mama es el hecho distintivo y los pilares esenciales de la condición de “ser mujer” Esta situación se convierte en una “fragilización psicológica”, puesto que la mayoría de mujeres mastectomizadas suponen una inevitable mutilación de su imagen corporal. Nancy Robinson reporta en *lanSwash* “quizás lo que resulta más difícil de aceptar es la idea de que parte de su femineidad ha desaparecido (con la mastectomía). [35]. Esta condición implica que en el plano afectivo se sientan estas mujeres como si fueran incompletas, pues consideran haber pasado a ser (sexualmente) neutras”. Además de la pérdida de los valores estéticos inherentes al busto, para muchas mujeres mastectomizadas surge el sentimiento de rechazo por parte del hombre; a causa de los comentarios que escuchan por parte de la pareja y del contexto familiar que no siempre son positivos frente al problema padecido por la mujer [36].

Las mujeres mastectomizadas se enfrenta a problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos. las principales complicaciones a nivel físico son: linfedema, fibrosis, retracciones y adherencias, limitación en la amplitud del movimiento a nivel de la articulación escapulo humeral; en el aspecto psicológico: Jorge Psillakis (2002): plantea que los sufrimientos psicológicos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, depresión, frustración insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, autodesvaloración, etc; para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar. [37].

A nivel social: el ego se percibe afectado por la falta de seguridad para reiniciar sus actividades laborales, el rechazo por parte sus compañeros y la persona en su área laboral lo cual genera un impacto desfavorable a nivel económico. Respecto a la familia, se genera una difusión de la dinámica familiar y una serie de respuestas emocionales como es la hostilidad, el miedo, y sentimiento de culpa. Por esta razón el apoyo familiar es lo más importante para las mujeres mastectomizadas, a causa que estos son su principal apoyo moral y motivacional para superar esta crisis. [38] [39].

En relación con estos aspectos el concepto de calidad de vida es fundamental en una enfermedad como es el cáncer de mama, a causa del impacto que genera en todas las esferas ser humano, lo cual permite comparar las variaciones de vida de cada paciente de acuerdo a sus determinantes subjetivos (lo percibido por el individuo, la satisfacción y la felicidad) y objetivos (las condiciones materiales, como el nivel de vida o el estado físico del individuo). [40].

Por lo anterior, un estudio titulado “calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en Colombia” concluyo: que las pacientes tenían un mayor nivel de escolaridad, niveles socioeconómicos altos, divorciadas, afiliadas al régimen contributivo en salud; tenían como soporte para afrontar el diagnóstico; creencias personales, espirituales y apoyo social ellas presentaron niveles más altos de calidad de vida, mientras la población que no contaba con estos beneficios, tenían un diagnóstico tardío y una deficiente adherencia al tratamiento. [41].

Por lo tanto el enfoque de calidad de vida debe ser analizado con más profundidad, partiendo desde lo que piensa y siente el paciente de tal manera que se pueda determinar aspectos modificables, con el fin de desarrollar acciones orientadas a mejorar su condición a través de programas de atención integral; que incluyen el ejercicio físico como un factor protector en la detección de las consecuencias biopsicosociales originadas por los tratamientos para el cáncer de mama. [42]. El término de ejercicio físico se orienta a lo que respecta al movimiento del cuerpo realizado bajo un propósito de mejoramiento en el rendimiento físico, salud o aspecto estético. Este tiene una planificación y es prescrito por un profesional. [43]. Mientras que el ejercicio físico logra efectos beneficiosos como mejorar el estado de ánimo, mantener la masa de tejido magro, contribuye a aumentar el colesterol “bueno” (HDL) mejora la flexibilidad de los músculos y el movimiento de las articulaciones, reduce la presión arterial, disminuye el estrés y aumenta la autoestima. [44].

Algunos estudios sugieren que el ejercicio físico regular reduce el riesgo de cáncer de mama, al reducir el contenido de grasa corporal en las mujeres y también altera el medio hormonal, reduciendo la exposición de la mama a las hormonas femeninas y a su vez evitando recidiva de cáncer de mama. [45]. En un amplio estudio epidemiológico noruego se comprobó que la incidencia de cáncer de mama es menor en mujeres que hacen ejercicio físico con regularidad. [46] [47]

Sin embargo no se ha establecido con claridad los aspectos motivacionales en mujeres mastectomizadas para iniciar un programa de ejercicio físico. [48] Por lo tanto la investigación se fundamenta en dar claridad a estos aspectos, para lograr una mayor base teórica en los profesionales para la realización de programas de ejercicio físico enfocados en los intereses de esta población

En relación a lo anteriormente escrito, es necesario hacer énfasis en las actividades inherentes a la labor del fisioterapeuta que imponen un empoderamiento y conocimiento sobre el movimiento corporal humano como elemento fundamental, para la orientación de sus acciones políticas, sociales, culturales, formación académica y de sanidad; como gestor de programas de ejercicio físico que contribuyen al bienestar cinético, promoción de la salud, prevención de deficiencias y cambios en la condición física de individuos o comunidades en riesgo. Esto con un enfoque integral, encaminado hacia los aspectos motivacionales, necesidades, alcances y expectativas de cada ser humano. [49].

5.0 Metodología

Tipo de investigación: cuantitativa estudio no experimental, de tipo transversal descriptivo.

La investigación cuantitativa recoge y analiza datos sobre variables, estudia fenómenos y propiedades, es un proceso formal, objetivo, riguroso y sistemático para generar información, la investigación cuantitativa se usa para describir nuevas situaciones, sucesos o conceptos estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y su objetivo primordial es alcanzar el conocimiento, por lo cual utiliza la medición exhaustiva y controlada, intentando buscar la certeza del mismo. [50].

5.1 Diseño de la investigación

Se plantea un diseño de estudio no experimental, de tipo transversal descriptivo el cual busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se ha sometido a análisis. La recolección de la información se realizara en el periodo comprendido del mes de octubre del 2012 en el instituto Amese de Bogotá. Para la selección de la muestra se tendrá como referencia los criterios de inclusión y exclusión. Se ha utilizado la versión en castellano del Exercise Motivations Inventory (EMI) ; Markland y Ingledew, 1997), denominada Autoinforme de Motivos para la Práctica de Ejercicio Físico (AMPEF; Capdevila, 2000). Esta versión inicial consta de 51 ítems, igual que el cuestionario original, y la diferencia consiste en la modificación de acuerdo a la necesidad de adaptar las variables a la población (mujeres mastectomizadas) a causa que el instrumento original está adaptado en población sana. La modificación de las variables son edad, sexo, ocupación, y aspectos motivaciones para practicar el ejercicio físico.

También otra diferencia marcada es la utilización de la escala tipo Likert que da respuesta a cada ítem mientras en la versión original es una escala de 0 a 5, en el AMPEF ellos usan una escala de 0 (“nada verdadero para mí”) a 10 (“totalmente verdadero para mí”). Para la investigación las opciones de

respuesta generadas son 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo de acuerdo a la pregunta formulada con un elemento de tipo Likert de 5 puntos **ver anexo 1.**

5.2 Población y Muestra

Población Diana

Grupo de mujeres post – mastectomizadas entre edades de 36 -74 años. Perteneciente a la fundación Ámese (apoyo a Mujeres con Enfermedades del Seno) que quieren iniciar un programa de ejercicio físico.

5.2.1 Criterios de Selección de la Muestra

- Criterios de Inclusión

- Mujeres post mastectomizadas que quieren iniciar un programa de ejercicio físico
- Mujeres con edades entre 36 y 74 años
- Mujeres mastectomizadas con 1 año después de la cirugía.

- Criterios de Exclusión

- Mujeres postmastectomizadas que estén realizando ejercicio físico.
- Mujeres con trastornos psiquiátricos.
- Mujeres con problemas cognitivos

5.2.2 Muestreo

5.2.3 Tamaño de la Muestra

La muestra es no probabilística de conveniencia de acuerdo a la oportunidad de las mujeres mastectomizadas. El muestreo probabilístico por conveniencia no se basa en un proceso de azar si no es el investigador quien elige la muestra normalmente este tipo de muestra se utiliza en estudios intencionales o exploratorios en los cuales los resultados pueden ser totalmente validos siempre que se usen adecuadamente y se asuman las limitaciones [51].

Tamaño de la muestra:

$$N=60 \times 1.962 \times 0.05 \times 0.95 / 0.032 \times (60-1) + (1.962 \times 0.05 \times 0.95)$$

$$N= 18.24 / 0.2715 = 48$$

Muestra: 48 mujeres mastectomizadas.

5.4 Variables

En el Anexo 1 se muestra el cuestionario utilizado en el presente estudio, teniendo en cuenta que se han modificado los ítems anteriormente mencionados.

Operalización de Variables Grafica 1.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CODIFICACIÓN	CATEGORIZACIÓN
Edad	Edad cumplida en años	Cuantitativa	Razón	Númerica	Edad_A	Fecha de Nacimiento
Sexo	Condición Biológica del participante/sujeto	Cuantitativa	Nominal	Femenino Masculino	Sex	Identidad de género 1=femenino 2=masculino
Ocupación	Profesiones, negocios, actividades u otro medio de ganarse la vida.	cuantitativa	Nominal		Act_Lab	Actividad laboral
Tipo de Mastectomía	Una mastectomía es una cirugía para extirpar una o ambas mamas	cuantitativa	Nominal		Tipo_Maste	1=mastectomía total 2=mastectomía radical modificada 3=Cuadrantectomía 4=lumpectomía
Estrato socioeconómico	Estratificación de las personas de acuerdo a sus recursos económicos	cuantitativa	Ordinal		Estra_soec	1=I 2=II 3=III 4=IV 5=V 6=VI
Aspectos motivacionales	Combinación de procesos intelectuales, fisiológicos	cuantitativa	Ordinal	Escala de likert 1.Totalmente en	Aspe_Moti	1=Peso e imagen corporal 2= Diversión y bienestar 3=

	y psicológicos que decide en una situación dada, con que vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía, implica deseos, necesidades, impulsos y fuerzas similares.			desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo		Prevención y salud preventiva 4= Fuerza y resistencia muscular 5= Competición 6= Afiliación 7=Reconocimiento social 8 = Control de stress 9=Agilidad y flexibilidad 10= Desafío 11= Urgencias de salud
--	--	--	--	--	--	--

6.0 Consideraciones Éticas Ver anexo 2

De acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, esta investigación se clasifica como Investigación con riesgo mínimo, pues es un estudio no experimental, de tipo transversal descriptivo y cuenta con una intervención mediante un auto informe de motivos para la práctica de ejercicio físico en mujeres mastectomizadas.

“Son estudios no experimentales aquellos en que el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo. Por ende la participación de la población será voluntaria y autónoma; por lo cual los participantes firmaran un consentimiento informado donde se brindara la información de manera clara y concisa sobre la investigación.

7. Grafica 2 Recursos Humanos

INVESTIGADOR/ EXPERTO/ AUXILIAR	FORMACIÓN ACADÉMICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACIÓN	TOTAL
			HORAS/MES	
Leidy Pardo	Estudiante Fisioterapia	Investigadora	4 horas día por medio	\$ 3,000,000

Milena Cárdenas	Estudiante Fisioterapia	Investigadora	4 horas día por medio	\$ 3,000,000
Jorge Enrique Moreno	Fisioterapeuta	Investigador Asesor Disciplinar	2 horas	\$3.000,000
Gloria Carvajal	Enfermera	Investigadora Asesora metodológica	1 hora	\$3.000.000
TOTAL				\$6,000.000

		Julio	agosto	septiembre	Octubre	Noviembre
FASE 1. CONCEPCIÓN	Concepción de la idea preliminar, Planteamiento del Problema de Investigación					
	Planteamiento de la pregunta de investigación y los Objetivos					
	Revisión de la Literatura y construcción del Marco Teórico					
FASE 2. PLANIFICACIÓN	Definición de las variables					
	Selección Metodología de Investigación					
	Definición de las Intervenciones y la Medición					

	(Selección o Elaboración de Instrumentos de Medición)						
	Presentación del Proyecto ante el Comité de Prácticas Clínicas y Ética en Investigación						
FASE 3. IMPLEMENTACIÓN	Recolección y Sistematización de datos						
FASE 4. ANÁLISIS	Análisis de datos						
	Resultados y Conclusiones						
FASE 5. DIVULGACIÓN	Elaboración de producto de divulgación (paper, poster, presentación)						

8. Grafica 3 Cronograma

9. Grafica 4 Recursos Financieros - Presupuesto

RUBROS	TOTAL
RECURSO HUMANO	\$ 6,060.000
OTROS EQUIPOS	\$ 1000000
SOFTWARE	\$ 0
MATERIALES (Papelería)	\$ 150.000

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	\$ 600000
PUBLICACIONES	\$ 2000000
IMPREVISTOS	\$ 150.000
ADMINISTRACIÓN	\$ 0
TOTAL	\$ 6,360.000

10.Resultados

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20 licenciada por la Universidad de la Sabana.

Respecto a los resultados obtenidos del instrumento aplicado para conocer los aspectos motivacionales al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico se aplico el instrumento a 48 mujeres mastectomizadas que cumplieron los criterios de inclusión, se categorizaron cuatro dimensiones: peso e imagen corporal, prevención y salud positiva, diversión y bienestar, reconocimiento social.

El análisis de los datos refleja como resultado que el 45.8 % de las mujeres de la población han tenido intervención quirúrgica tipo cudractectomia y el 39.9% son mujeres con mastectomía total, de las cuales el 84.4% pertenecen a las edades comprendidas entre los 50-59 años. Tabla N°1

Tabla N°1. Distribución del número de mujeres según mastectomía y el grupo de edad

		<40	40-49	50-59	60 y más	Total	% Total
Tipo Mastectomía	Lumpectomia	0	0	0	1	1	2,1
	Mastectomía Total	2	4	10	3	19	39,6
	Cuadrantectomía	1	4	11	6	22	45,8
	Radical modificada	0	1	4	1	6	12,5
	Total	3	9	25	11	48	100,

Según el nivel de estratificación los resultados son los siguientes:

Tabla N°2. Distribución del número de mujeres por mastectomía y tipo de estrato socioeconómico.

		Numero Mujeres	Porcentaje
estrato 1	Mastectomía Total	3	50,00
	Cuadrantectomía	3	50,00
estrato 2	Mastectomía Total	7	30,40
	Cuadrantectomía	12	52,1
	Radical modificada	4	17,3
estrato 3	Mastectomía Total	4	44,4
	Cuadrantectomía	4	44,4
	Radical modificada	1	11,1
estrato 4	Lumpectomia	1	14,2
	Mastectomía Total	1	14,2
	Cuadrantectomía	4	27,1
	Radical modificada	1	14,2
estrato 5	Mastectomía Total	3	100,00

De lo cual el 12.5% pertenecen a estrato uno, el 19.7% a estrato dos, 18.7% a estrato tres, 14.5% a estrato cuatro y 6.25% a estrato cinco, para un total del 100% de la población.

Según la ocupación los resultados más significativos se encuentran en actividades domésticas de acuerdo a los siguientes porcentajes por tipo de mastectomía. Tabla N°3

Tabla N°3. Distribución del número de mujeres por tipo de mastectomía y ocupación laboral.

		FR	FA
Hogar	Lumpectomia	1	3,0
	Cuadrantectomía	10	30,4
	Mastectomia Total	14	42,4
	Radical modificada	8	24,2
	Total	33	100,0

Ventas	Lumpectomia	0	0,0
	Cuadrantectomía	4	80,0
	Mastectomia Total	1	20,0
	Total	5	100,0
Otras profesiones	Lumpectomia	0	0,0
	Cuadrantectomía	8	66,6
	Mastectomía Total	4	33,4
	Total	12	100,0

Análisis de los datos respecto a los ítems contemplados en la versión modificada del “Auto informe de Motivos para la Práctica de Ejercicio Físico”

Tabla N°4. Tabla de compilación del número de mujeres según su respuesta a cada pregunta del instrumento.

PREGUNTA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
para mantenerme sana	0	0	1	11	36	48
Porque me hace sentir bien	0	0	1	15	32	48
Para demostrar a los demás lo que valgo	9	7	3	9	20	48
Porque me gusta la sensación que tengo al hacer	0	1	2	16	29	48

ejercicio						
Porque mi médico me ha aconsejado hacer ejercicio	1	1	5	19	22	48
Para estar más ágil	0	1	1	12	34	48
Para perder peso	1	1	4	14	28	48
Para evitar complicaciones en mi salud.	0	0	0	11	37	48
Porque el ejercicio me da energía	0	0	3	12	33	48
Por qué ayuda a reducir el dolor	1	3	4	13	27	48
Porque quiero disfrutar de buena salud	0	0	2	15	31	48
Porque el ejercicio hace que me sienta satisfecha	0	0	2	15	31	48
Para mantener mi	0	1	0	15	32	48

flexibilidad, fuerza y resistencia						
Para tener retos que superar	2	2	3	9	32	48
Para mejorar mi aspecto	1	1	3	12	31	48
Para ayudar a superar el stress	0	0	2	13	33	48
Porque el ejercicio me produce diversión	0	0	8	16	24	48
Para recuperarm e de las secuelas de mi patología	0	1	2	11	34	48
Para desarrollar mis habilidad des personales	0	1	4	14	29	48
Para estar más atractiva	0	3	4	11	30	48

Dimensión 1. Prevención y salud positiva

El análisis de las dimensiones muestra las principales motivaciones de las mujeres mastectomizadas para iniciar un programa de ejercicio terapéutico.

Aspecto motivacional	está totalmente de acuerdo
Mantenerse sana	75.0 %
Hacer ejercicio por que el médico le ha aconsejado	45,8%
Evitar complicaciones con la salud	77,1%
Reducir el dolor.	56,3%
Disfrutar de buena salud	64,6%
Mantener la flexibilidad, fuerza y resistencia	66.7 %
Superar el stress	68,8%
Recuperarse de las secuelas de la patología.	70,8%

Dimensión 2. Diversión y bienestar

Aspecto motivacional	está totalmente de acuerdo
Hacer ejercicio la hace sentir bien	66.7 %
Es agradable la sensación que se tiene al hacer ejercicio	60,4%
Para estar más ágil	70,8%
Porque hacer ejercicio da energía.	68,8%
Hacer ejercicio hace que se sienta bien	64,6%
Para tener retos que superar	66.7 %

Por diversión	50,0%
---------------	-------

Dimensión 3. Peso e imagen corporal

Aspecto motivacional	está totalmente de acuerdo
Para perder peso	58,3%
Para mejorar el aspecto personal	64,6%
Para estar más atractiva	62,5%

Dimensión 4. Reconocimiento social

Aspecto motivacional	está totalmente de acuerdo
Para demostrar a los demás lo que vale	41,7%
Para desarrollar mejores habilidades interpersonales	60,4%

Análisis de variables con relación a los indicadores motivacionales.

- Se realizó una prueba de kruskal wallis para comparar los grupos de edad en términos de cada una de las dimensiones, cuyos resultados están compilados en la tabla N°5, de la cual se concluye que la edad no es un factor influyente en la motivación, puesto que ningún valor P es inferior al 5%.
- Respecto a la ocupación: solamente en la dimensión dos (diversión y bienestar) tiene un grado de relevancia. En las demás dimensiones no se evidencia que la motivación esté relacionada con este aspecto socioeconómico, datos que se confirman en la tabla N°6 y diagrama N°1.

Tabla N°5 Resumen de resultados de la prueba de kruskal wallis. Para cada dimensión respecto a la edad.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de dim1E es la misma entre las categorías de Edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,484	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de dim2E es la misma entre las categorías de Edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,832	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de dim3E es la misma entre las categorías de Edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,764	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de dim4E es la misma entre las categorías de Edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,479	Retener la hipótesis nula.

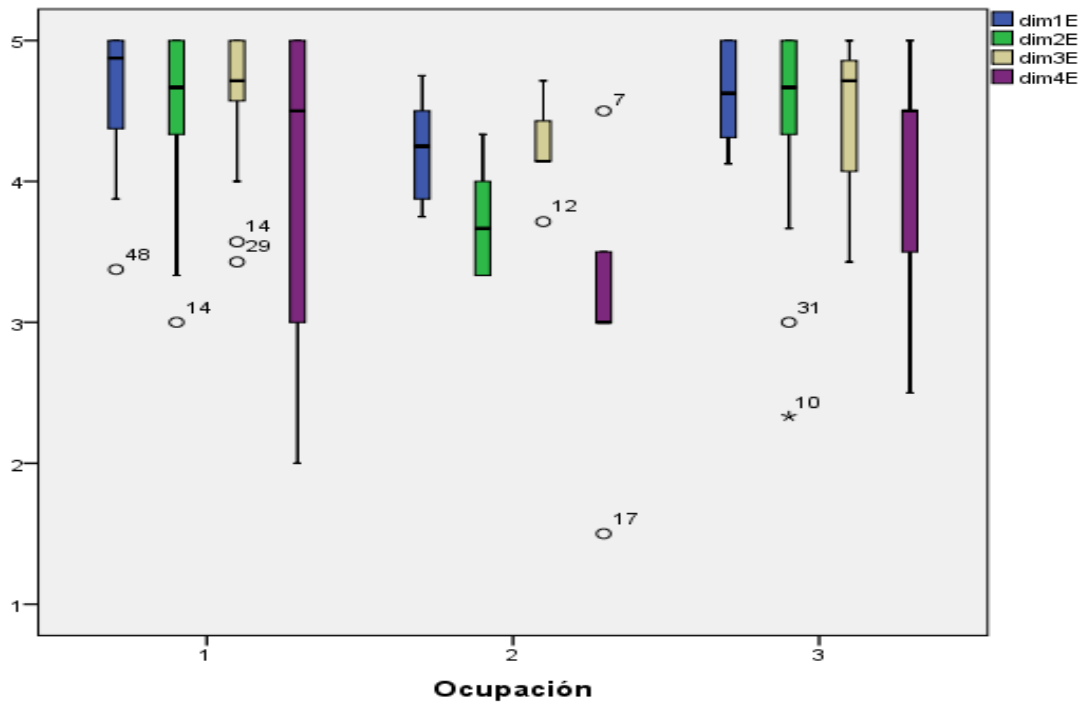
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,

Tabla N°6 Resumen de resultados de la prueba de kruskal wallis. Para cada dimensión respecto a la ocupación

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de dim1E es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,102	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de dim2E es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,031	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de dim3E es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,115	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de dim4E es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,094	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,0

Diagrama N°1. Comparación grafica del comportamiento estadístico de las dimensiones por ocupación



- En relación al estrato socioeconómico y la comparación en términos de cada una de las dimensiones, se infiere que el estrato socioeconómico no es un factor influyente en los aspectos motivacionales, puesto que ningún valor P es inferior al 5%. Los resultados están copilados en la tabla N°7.
- El tipo de mastectomía tiene relevancia en la dimensión uno (Prevención y salud positiva) y tres (peso e imagen corporal), puesto que la prueba de kruskal wallis reveló que el valor P es inferior al 5%, para estas dos dimensiones, lo cual se puede deducir de la tabla N°8 y el diagrama realizado en Box Plot N°2.

Tabla N°7. Resumen de resultados de la prueba de kruskal wallis. Para cada dimensión respecto al estrato.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de dim1E es la misma entre las categorías de Estrato.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,667	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de dim2E es la misma entre las categorías de Estrato.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,587	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de dim3E es la misma entre las categorías de Estrato.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,425	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de dim4E es la misma entre las categorías de Estrato.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,321	Retener la hipótesis nula.

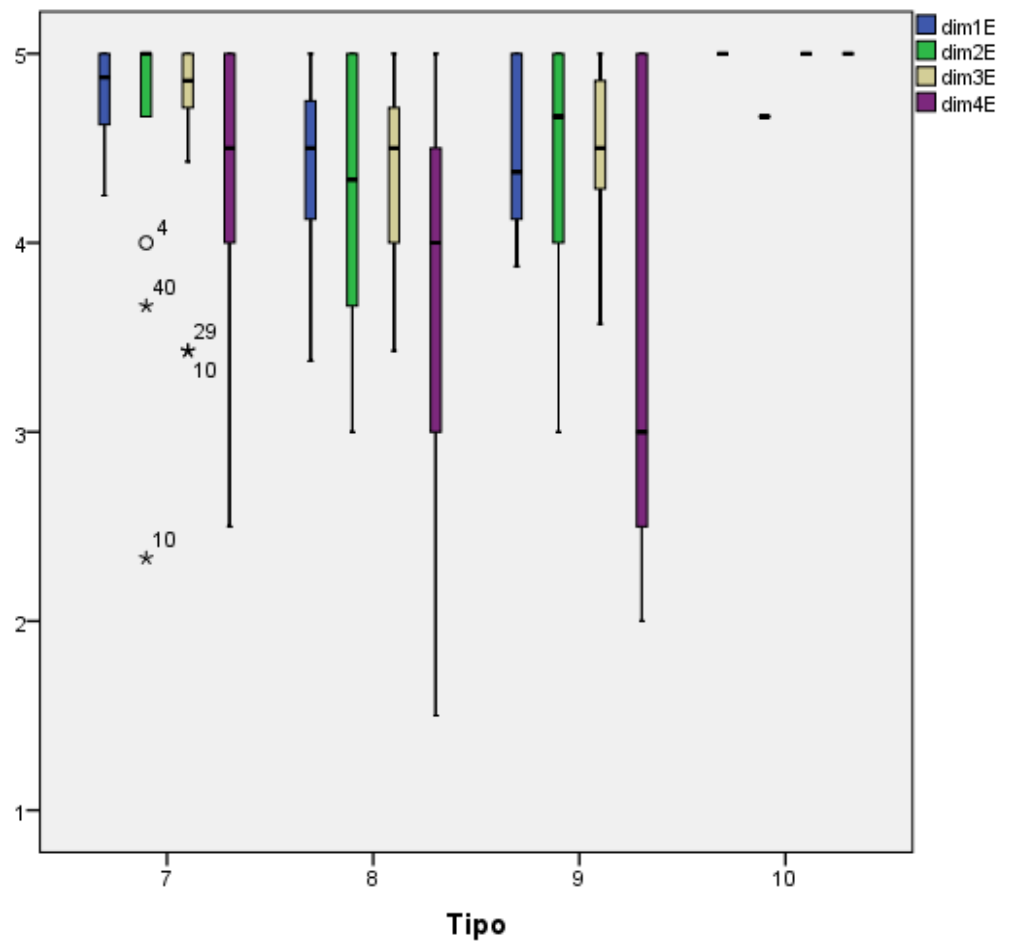
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .

Tabla N°8 Resumen de resultados de la prueba de kruskal wallis. Para cada dimensión respecto al tipo de mastectomía

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de dim1E es la misma entre las categorías de Tipo	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,012	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de dim2E es la misma entre las categorías de Tipo	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,193	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de dim3E es la misma entre las categorías de Tipo	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,034	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de dim4E es la misma entre las categorías de Tipo	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,169	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Diagrama Box Plot N°2. Comparación grafica del comportamiento estadístico de las dimensiones por tipo de mastectomía.



11. Discusión

Se modifico el “Auto informe de Motivos para la Práctica de Ejercicio Físico” obteniendo una versión final que incluye 20 ítems, relacionados con aspectos motivacionales de mujeres mastectomizadas para realizar ejercicio físico terapéutico, Se abarco 48 mujeres mastectomizadas para la aplicación del mismo.

Se realizo una caracterización de la población con base a tipo de mastectomía, ocupación, estrato socioeconómico y edad. Estos son aspectos importantes que influyen en la calidad de vida de la población, según (Romero C. 2010) “concluyo que las pacientes que tenían un mayor nivel de escolaridad, niveles socioeconómicos altos, jóvenes, tenían niveles más altos de calidad de vida, mientras la población que no contaba con estas características, tenían un diagnostico tardío y una deficiente adherencia al tratamiento. [52].

El análisis respecto al estrato socioeconómico de la población muestra que el 12.5% pertenecen a estrato uno, 19.7% a estrato dos, 18.7% a estrato tres

,14.5 % estrato cuatro, 6.25% estrato cinco, dando un total del 100% de la población. Por tal razón es evidente que la mayoría de mujeres pertenecen a estratos entre uno, dos y tres, siendo de gran importancia resaltar su proceso de enfermedad, con respecto al cambio de estilo de vida y su directa relación con la calidad de vida, teniendo en cuenta que este término es muy amplio y abarca más variables. Sin embargo en los resultados el estrato socioeconómico no es un factor influyente (P mayor a 5 %) en lo relacionado con los aspectos motivacionales para realizar ejercicio físico.

La literatura ha resaltado que uno de los principales factores de riesgos asociados al cáncer de mama es la edad; (según Society, A C 2011). La cual según esta tiene una edad media de aparición de 54 años y el 45% aparecen después de los 65 años. Con respecto a la correlación establecida en el análisis de los datos se observó que 45.8 % de las mujeres de la población su cirugía ha sido cuadrantectomía y 39.9% son mujeres con mastectomía total, de las cuales el 84.4% pertenecen a las edades comprendidas entre los 50-59 años y un 9.1 % son mayores o iguales a 60 años reincidiendo 12.5% de mujeres con cirugía radical modificada, 55.6% de la población oscilan en edades entre 40- 49 años. Esta categoría no es un factor influyente en los aspectos motivacionales de la población, puesto que ningún valor P es inferior al 5%.

Un aspecto importante para resaltar es la relación directa de la categoría laboral con respecto a la dimensión dos: diversión y bienestar, siendo el 68.7% de mujeres mastectomizadas dedicadas a labores del hogar; lo cual indica que el principal aspecto motivacional de dicha población es disfrutar del ejercicio físico, como factor que influya en su bienestar y causen un grado de diversión,

El tipo de mastectomía es otra categoría que tiene un valor influyente en las dimensiones uno: Prevención y salud positiva y tres: peso e imagen corporal, dando un valor P inferior a 5%. Siendo los tipos de mastectomías más significantes en la población el 45.8 % cuadrantectomía y 39.9% son mujeres con mastectomía total. La cirugía para la mujer con cáncer de la mama, causa una serie de efectos secundarios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Siendo su mayor preocupación la imagen corporal, ya que para algunas culturas el seno representa el pilar esencial de la condición de "ser mujer", (Pérez S, 2009). Por otro lado los efectos secundarios de los tratamientos, aumentan una preocupación en la población por su salud. (Gulseren Keskin, A. B. 2011).

Estos resultados nos permiten establecer que una de las principales motivaciones para realizar ejercicio físico en la población es obtener: una salud positiva y prevenir complicaciones, imagen y peso corporal y diversión y

bienestar. Siendo el reconocimiento social una dimensión poco influyente en la motivación para iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico. Para futuros estudios se hace necesario tener en cuenta las barreras que limitan a esta población adherirse a un programa de ejercicio físico terapéutico.

12 .Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede inferir que el tipo de mastectomía que predomina en la población objeto de estudio es la cuadrantectomía (extirpación de una cuarta parte de la mama); siendo las edades más representativas en la población 50- 59 años y un predominio de estrato socioeconómico nivel dos y tres.

En el análisis de los datos se podría concluir que la mayoría de las mujeres mastectomizadas asumen ocupaciones de actividades domesticas. De esta manera se puede plantear que si bien existe una clara diferenciación entre estratos y ocupaciones algunos grupos son más vulnerables al presentar un corto impulso para realizar una acción, o bien para dejar de hacerlo ya que la motivación activa, dirige y mantiene la conducta, por lo tanto de acuerdo con el análisis se puede inferir que la edad y estrato socioeconómico no influye en los aspectos motivacionales para que una mujer quiera iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico, mientras que la ocupación y el tipo de mastectomía son dos grandes componentes que influyen en los aspectos motivacionales de las mujeres.

De tal forma se podría velar para que la población obtenga capacitaciones enfocadas a adquirir conocimiento sobre la importancia de realizar ejercicio físico antes y después de una intervención quirúrgica al igual se sugiere crear políticas que disminuyan la vulnerabilidad de los hogares que transitan entorno a la pobreza y que desconocen de la fundaciones que le pueden brindar apoyo sin una exigencia por la participación a nivel económico.

En cuanto a el ejercicio físico terapéutico es evidente que la gran mayoría de mujeres mastectomizadas reporto contar con casi el 100% de las razones motivacionales para vincularse a un programa de ejercicio físico ya que este podría ser un indicador protector y coadyuvante terapéutico como estrategia vital para realizar intervenciones basadas en responder a las necesidades y expectativas de la población enfocadas a recuperar y o mejorar las secuelas instauradas por la intervención quirúrgica y la misma patología con el fin de permitir que las mujeres mastectomizadas se reincorporen al entorno habitual por medio de una adecuada prescripción de ejercicio físico.

Finalmente el compromiso consiste en adoptar una actitud reflexiva en la selección de los conductas terapéuticas especiales, encaminadas a constituir

herramienta que garanticen el éxito de una atención oportuna y completa, que precisa no solo en criterios y procedimientos en aspectos biológicos psicológicos y sociales si no también enfocados a alcanzar la restauración de la actividad física funcional y la restauración del entorno del habitad normal de cada ser humano. Es por esta razón que se establece la importancia de promover la construcción de programas de ejercicio físico encaminados a dar respuesta a la exigencia de la población mastectomizada que requiere una adecuada prescripción de ejercicio físico

13. Bibliografía

1. Mónica Molano. Prognosis Factors of Breast Cancer.A Look Towards Future Rev Colomb Cancerologia., 2007: 3-4.
2. Cantor, G. H. (2007). Análisis de las tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Colombia y Bogotá, 1981-2000. Rev Colomb Cancelogia , 32-39.
3. Rogers I.q., c. k.-p. (2006). Exercise stage of change, barriers, expectations, values and preferences among breast cancer patients during treatment:a pilot study.
4. Rodríguez, E. Y. (2008). Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima :Perú
5. Gutiérrez, D. K. (2010). adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. Ciencia y Enfermerla , 97-104.
6. Claudet P, Hernández F (2005) .consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía Rev. Cost. Cienc. Méd. 29-37
7. Moros, m. t., Ruidiaz, m., Caballero, a., Serrano, e., Martínez, v., & tres, a. (2010). Effects of an exercise training program on the quality of life of women with breast cancer on chemotherapy. rev Med chile , 715-722.
8. Hacker, E. (2008). Exercise and Quality of Life: Strengthening the Connections. Clinical Journal of Oncology Nursing , 31-39.
9. Social, M. d. (2010-2019). Plan nacional para el control de cancer en colombia 2010-2019. Colombia : Instituto nacional de cancerologia.

10. Angarita F, Acuña S, Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento Colombia 2008.
- 11 Ruiz A, cirugía oncológica y maxilofacial departamento de cirugía factores de riesgo del cáncer de mama, Universidad de valencia 2007.
12. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe Lozano R, Gómez H, Lewis S, Torres L, López L, Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Salud Pública México 2009.
- 13 Ustin C. BrownTania B. Huedo-Medina, L. S., M, S., Moker, E., LaCroix, J. M., Ferrer, R. A., & Johnson, B. T. (2012). The Efficacy of Exercise in Reducing Depressive Symptoms among Cancer Survivors: A Meta-Analysis. plos one , 1-9.
- 14 Maria Gutierrez, M. B. (2007). Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. acta Paul enferm , 249-54.
15. Teresa Moros, M. R. (2010;). Effects of an exercise training program on the quality of life of women with breast cancer on chemotherapy. Rev Med Chile , 715-722.
- 16.Zorrilla I, (2006) Impacto emocional y social del cáncer: el paciente con cáncer: estrategias terapéuticas.
17. Salas C, (2009) Quality of life and associated factors among women with breast cancer enrolled in cancer treatment programs. Antioquia
18. Romero1, C. S. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica , 9–18.
19. AntonioCasajes, J., & Rodriguez, G. v. (2011). Ejercicio físico en poblaciones especiales. Madrid : Consejo Superior de deportes.
20. Antoinette P. Sander, J. W., & Hayes, K. W. (2012). Factors That Affect Decisions About Physical Activity and Exercise in Survivors of Breast Cancer:A Qualitative Study. Physical Therapy f , 525-236.
21. LEY 528 de 1999 disponible en hyperlink "<http://www.mineduacion.gov.co/>" <http://www.mineduacion.gov.co>
22. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012. Atlanta: American Cancer Society, Inc
23. Komen, S. G. (2012). Carcinoma ductal in situ. Obtenido de www.komen.org

24. Pathologists., C. o. (2011). Breast Cancer Invasive Ductal Carcinoma. Obtenido de www.cancer.org
25. Society, A. C. (2011). Cáncer de seno. American Cancer Society.
26. Calleb, Y. C. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* , 70-77.
27. Aguiar, A. D., Padilha, K. M., & Marcia Regina da Silva Lemes, M. d. (2008). Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. *Rev Inst Ciênc Saúde* , 192-195.
28. Brown, J. C., Huedo-Medina, T. B., Pescatello, L. S., Pescatello, S. M., & Johnson, R. A. (2010). Efficacy of Exercise Interventions in Modulating, Cancer-Related Fatigue among Adult Cancer Survivors:A Meta-Analysis. *American Association for Cancer Research* , 123-133.
29. Heroína Sanchez Dominguez, M. d. (2006). Prevalencia de factores de riesgos para cancer de mama en poblacion urbanal y rural. *Salud Tabasco* , 410-414.
30. Society, A. C. (2011). Cáncer de seno. American Cancer Society.
31. Gladys Ibáñez (2010). Tumor filoides de la mama. *Rev. Chilena de Cirugía* , 119-124.
32. Cancer, S. a. (2010). Una guia para la mujer para el tratamiento de cancer de mama. California : Departamento Salud Publica.
33. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012. Atlanta: American Cancer Society, Inc.
34. Pérez S, un día a la vez, experiencia con el cáncer; historia de vida. Colombia 2009
35. Palmira Esteban B y Castellote Mengod M, Vivir como antes: un programa de ayuda para la mujer mastectomizadas *Rev oncológica* 2011, <http://www.boloncol.com>
36. Gulseren Keskin1, A. B. (2011). Turkish Hysterectomy and Mastectomy Patients - Depression, Body Image, Sexual Problems and Spouse Relationships. *Asian Pacific J Cancer Prev* , 425-432.
37. Rogers L.Q.(2006). Exercise stage of change, barriers, expectations, values and preferences among breast cancer patients during treatment a pilot study. *European Journal of Cancer Care* , 1-12.

38. Maria Gutierrez, M. B. (2007). Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *acta Paul enferm* , 249-54.
39. Aguiar, A. D., Padilha, K. M., & Marcia Regina da Silva Lemes, M. d. (2008). Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. *Rev Inst Ciênc Saúde* , 192-195.
40. Carmen Regina Victoria García-Viniegras, M. G. (2010). Beliefs and opinions about breast cancer surgical treatment. *Psicología y Salud* , 31-40.
41. Romero¹, C. S. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* , 9–18.
42. Farkhondeh Sharif, N. A. (2010). The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. *Mental Health Nursing Department* , 2-7.
43. Aerobica, I. a. (s.f.). Actividad física y ejercicio físico Las diferencias entre ambos términos. Recuperado el 08 de 2012, de <http://www.instructorado-iafa.com.ar>
44. Teresa Moros, M. R. (2010;). Effects of an exercise training program on the quality of life of women with breast cancer on chemotherapy. *Rev Med Chile* , 715-722.
45. Tavares Viana de Queiroz, D., & Arantes, S. L. (2006). conhecimento sobre A importância da atividade física na redução da fadiga por mulheres em tratamentos quimioterápico e/ ou radioterápico de câncer de mama - campo grande, MS. *Ensaio e Ciência* , 41-50.
46. MorosT, DiazM, CaballeroA, SerranoE, Martinez V, Effects of an exercise training program on the quality of life of women with breast cancer on chemotherapy, *Rev. méd. Chile* 2010.
47. Sant'anna, d. k., Almeida, v. d., Petito, e. l., & Gutiérrez, m. g. (2010). adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama:revisão de literatura. *ciencia y enfermeria* , 97-104.
48. Spinoso Prado M, Villela Mamede M, Almeida A, Clapis M, la práctica de actividad física en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama: percepción de barreras y beneficios. *Rev. Brasileira latino americana de enfermedades*.2006; 12(3):494-502. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlaenf.

49. Poder Público Rama Legislativa. (20 de 09 de 1999). LEY 528 DE 1999. Recuperado el 24 de 08 de 2012, de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013archivo.pdf.pdf>.

50. Gómez, M. M. (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. Argentina: Editorial Brujas.

51. Martínez, C (2007). Estadística básica aplicada. Colombia; editorial Ecoe Ediciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

Aspectos motivacionales en mujeres posmastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogotá.

Investigadoras: Leidy Johanna Pardo Briñez; Elda Milena Cárdenas Rodríguez

Lugar: Fundación (AMESE) Apoyo a mujeres diagnosticadas con cáncer

Nombre del participante:

Se le está invitando a participar en este estudio de investigación fisioterapéutica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. En primer lugar este proceso se conoce como consentimiento informado. Si tiene alguna duda sobre cualquier aspecto del estudio no dude en preguntar para poder realizar las aclaraciones correspondientes.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y con su fecha.

1. EL OBJETIVO:

Determinar aspectos motivacionales en mujeres posmastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogotá.

2. JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio pretende conocer aquellos aspectos motivacionales que permiten a mujeres mastectomizadas iniciar un programa de ejercicio físico teniendo en cuenta que el ejercicio físico es un factor protector que contribuye a que estas mujeres continúen con su proyecto vital con mejores condiciones funcionales. De tal modo que la rehabilitación de estas mujeres forma parte del accionar del Fisioterapeuta que fundamenta sus acciones en la promoción del bienestar cinético, prevención de alteraciones y habilitación del movimiento corporal humano.

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

El estudio consiste en llenar un cuestionario el cual contiene 24 preguntas. Le tomará contestarlo aproximadamente 10 minutos. El proceso será estrictamente Confidencial con fines académicos. Por favor responder con la mayor sinceridad posible, ya que esto contribuye a la obtención de óptimos resultados.

3. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No se dará ninguna compensación económica por participar.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento Informado que forma parte de este documento.

4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de aspectos motivacionales en mujeres postmastectomizadas de 40 – 65 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogotá. He recibido copia de este consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo 1

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Aspectos motivacionales en mujeres posmastectomizadas de 36 – 74 años al iniciar un programa de ejercicio físico terapéutico en la fundación Amese de Bogotá.



Universidad de La Sabana

Número de encuesta

--	--	--

DD	MM	AA

Fecha de diligenciamiento

Las invitamos a responder esta encuesta con el objetivo de conocer las motivaciones que tienen ustedes para pertenecer a un programa de ejercicio físico

Datos generales

1. Edad

 Años 2. Ocupación _____ 3. Estrato socioeconómico

4	I	5	II	6	III
7	IV	8	V	9	VI

Tipo de Mastectomía:

10	Mastectomía total
12	Cuadrantectomia

11	Mastectomía radical modificada
13	Lumpectomia

Aspectos motivacionales en mujeres mastectomizadas al iniciar un programa de ejercicio físico.

Colocar una X de acuerdo a su motivación para realizar ejercicio físico teniendo en cuenta las siguiente opciones

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

RAZONES POR LAS QUE PRACTICO EJERCICIO FÍSICO	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
1. Para mantenerme sana	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
2. Porque me hace sentir bien	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
3. Para demostrar a los demás lo que valgo	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
4. Porque me gusta la sensación que tengo al hacer ejercicio	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
5. Por que mi medico me ha aconsejado hacer ejercicio	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
6. Para estar mas ágil	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo

7 para perder peso	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
8 Para evitar complicaciones en mi salud.	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
9 Por que el ejercicio me da energía	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
10 Por que ayuda a reducir el dolor	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
11 Ppor que quiero disfrutar de buena salud	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
12 por que el ejercicio hace que me sienta satisfecha	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
13 para mantener mi flexibilidad, fuerza y resistencia	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
14 Para tener retos que superar	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
15. Para mejorar mi aspecto	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
16. Para ayudar a superar el stress	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
17. Porque el ejercicio me produce diversión	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
18. Para recuperarme de las secuelas de mi patología	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
19.Para desarrollar mis habilidad des personales	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
20 Para estar mas atractiva	1.Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo

! Gracias por su colaboración ;

Referencias

Lluís Capdevila, J. N. (2006.). motivación y actividad física: el auto informe de motivos para la práctica de ejercicio físico (AMPEF)*. Revista de Psicología del Deporte , 55-74.