

CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON RECONSTRUCCIÓN MAMARIA



ANGIE LIZETH DUARTE ARIZA  
CINDY ADELAIDA CHÁVEZ HERNÁNDEZ  
THALÍA GYSSEL OCAMPO PARRA



UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
VILLAVICENCIO

2019

CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

ANGIE LIZETH DUARTE ARIZA  
CINDY ADELAIDA CHÁVEZ HERNÁNDEZ  
THALÍA GYSSEL OCAMPO PARRA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogas

Directora  
Mg.LINA MARÍA PACHECO PALENCIA  
Máster en Psicología Aplicada

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
VILLAVICENCIO

2019

**Autoridades Académicas**

**P JUAN UBALDO LÓPEZ SALAMANCA, O.P.**

Rector General

**P MAURICIO ANTONIO CORTES GALLEGO, O.P.**

Vicerrector Académico General

**P JOSÉ ARTURO RESTREPO RESTREPO, O.P.**

Rector Sede Villavicencio

**P RODRIGO GARCÍA JARA, O.P.**

Vicerrector Académico Sede Villavicencio

**Adm. JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN**

Secretaria de División Sede Villavicencio

**Mg. ANDREA CAROLINA CAÑÓN SANCHEZ**

Decana Facultad de Psicología

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

**ANDREA CAROLINA CAÑÓN SÁNCHEZ**

Decana de Psicología

---

**LINA MARIA PACHECO PALENCIA**

Director Trabajo de Grado

---

**MARTHA ISABEL ECHEVERRI RAMOS**

Jurado

Villavicencio, mayo del 2019

## **Agradecimientos**

*Primeramente, gracias a Dios por brindarnos el conocimiento, perseverancia y paciencia para realizar esta investigación; a nuestros familiares por su apoyo y comprensión en todos los ciclos de nuestra carrera; a nuestra directora de grado por su paciencia, por brindarnos su conocimiento y hacer que este proceso sea grato; a nuestro jurado por su calificación de forma ética y profesional; y a todos nuestros docentes que al paso del tiempo fueron dejando huella en nuestros corazones.*

## Contenido

	Pág.
Resumen	11
Abstract	12
Problematización	13
Planteamiento y Formulación del Problema	13
Justificación	16
Objetivos	17
Objetivo general.	17
Objetivos específicos.	17
Marco de Referencia	18
Marco Epistemológico / Paradigmático	18
La calidad de vida relacionada con la salud.	19
Marco Disciplinar	19
Psicología de la salud.	19
El cáncer de mama y la psicología.	21
Calidad de vida relacionada con la salud.	22
Reconstrucción mamaria.	23
<i>Tiempo de Reconstrucción.</i>	23
Marco Multidisciplinar e Interdisciplinar	24
Marco multidisciplinar.	24
<i>Psicooncología.</i>	24
<i>Enfermería.</i>	24
<i>Medicina.</i>	25
<i>Cáncer.</i>	25
<i>Cáncer de mama.</i>	25
<i>Oncología.</i>	26

Marco Interdisciplinar.	26
Marco Normativo y Legal	27
Artículo 1ro, objeto de ley.	27
Artículo 4to, definiciones.	27
Artículo 5to, control integral del cáncer.	28
Marco Institucional	28
Antecedentes Investigativos	29
Internacionales.	29
Investigaciones nacionales.	32
Método o Metodica.	35
Diseño o Tipo de Estudio.	35
Instrumento.	41
Procedimiento	42
Consideraciones Éticas	43
Consentimiento Informado	45
Resultados	46
Discusión de Resultados	52
Conclusiones	58
Aportes, Limitaciones y Sugerencias	60
Referencias	62
Anexos	70

**Lista de Figuras**

	Pág.
Figura 1. Histograma de edades	37
Figura 2. Ciudad de residencia de las participantes	37
Figura 3. Estado civil de las participantes.	37
Figura 4. Nivel de escolaridad de las participantes.	38
Figura 5. Ocupación de las participantes	38
Figura 6. Proceso y evolución de la condición	38
Figura 7. Apoyo familiar	39
Figura 8. Año de reconstrucción	39
Figura 9. Tipo de reconstrucción.	39
Figura 10. Información previa	40
Figura 11. Satisfacción con el procedimiento quirúrgico	40
Figura 12. Sub escala de estado físico general de la salud	46
Figura 13. Ambiente familiar y social	47
Figura 14. Estado emocional	47
Figura 15. Capacidad del funcionamiento personal	48
Figura 16. Otras preocupaciones.	48
Figura 17. FACT-G	49
Figura 18. FACT- B total	50

### **Lista de tablas**

	Pág.
Tabla 1. Edad de las participantes	36
Tabla 2. Tabla de descriptores generales	51

## **Lista de anexos**

	Pág.
Anexo 1. Informe Entrega de Resultados	69
Anexo 2. Formato de Consentimiento Informado	71
Anexo 3. Formato de Ficha Sociodemográfica	74

## Resumen

La calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama ha sido influenciada en gran parte por los tratamientos realizados para disminuir los efectos negativos generados por esta enfermedad. Uno de los tratamientos realizados es la reconstrucción mamaria, el cual intenta revertir el daño físico y emocional causado por la mastectomía. El objetivo de este estudio es describir la calidad de vida que evidencian las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se han sometido a cirugía de reconstrucción mamaria de tipo autóloga en el Hospital Departamental de Villavicencio. En esta investigación de diseño no experimental transaccional se aplica el instrumento FACT-B en versión española y adaptado en Colombia para la variable de calidad de vida en 20 mujeres de la ciudad de Villavicencio. Se encontró en general, que la calidad de vida de las mujeres se encuentra por encima de 80, la cual es la medida numérica que tiene la prueba para identificar que existe calidad de vida en dichas mujeres. La reconstrucción mamaria y el acompañamiento psicológico hace parte del tratamiento integral para mejorar la calidad de vida de las mujeres; por esto, es de gran importancia crear una red de apoyo y ahondar en el tema realizando más investigaciones en el Departamento del Meta.

**Palabras claves.** Calidad de vida - Cáncer de mama - reconstrucción mamaria - diseño no experimental – acompañamiento psicológico.

### **Abstract**

The quality of life of women diagnosed with breast cancer has been influenced to a large extent by the treatments carried out to reduce the negative effects generated by this disease. One of the treatments performed is breast reconstruction, which attempts to reverse the physical and emotional damage caused by the mastectomy. The objective of this study is to describe the quality of life of women diagnosed with breast cancer who have undergone breast reconstruction surgery of the autologous type at the Departmental Hospital of Villavicencio. In this non-experimental transactional design research, the FACT-B instrument is applied in a Spanish version and adapted in Colombia for the quality of life variable in 20 women from the city of Villavicencio. It was generally found that the quality of life of women is above 80, which is the numerical measure that has the test to identify that there is quality of life in these women. Mammary reconstruction and psychological accompaniment is part of the integral treatment to improve the quality of life of women; For this reason, it is very important to create a support network and delve into the subject by conducting more research in the Department of Meta.

**Key words.** Quality of life - Mom's cancer - mammary reconstruction - non-experimental design - psychological accompaniment.

## **Problematización**

### **Planteamiento y Formulación del Problema**

Los factores psicológicos como la cognición, emoción y motivación son producto de la historia individual y del contexto sociocultural en el cual se desarrollan las personas; además estos influyen directa o indirectamente, positiva o negativamente, en el incremento o disminución de la enfermedad según su estilo de vida. Así mismo, las enfermedades y trastornos pueden generar molestias en el ámbito psicológico (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas, 2008).

En este sentido, algunas enfermedades llaman la atención, bien sea por la frecuencia de ocurrencia, la intensidad del daño en el funcionamiento personal y social, por su implicación en la calidad de vida de quienes la padecen y sus allegados, o las repercusiones significativas que tienen a nivel físico y psicológico; por ejemplo, el cáncer.

Según el Instituto Nacional del Cáncer (INC), éste es un conjunto de enfermedades que puede afectar cualquier parte del cuerpo, invadiendo y destruyendo tejidos mediante el crecimiento de células anormales; generando daños a nivel físico y psicológico (Aibar et al., s.f.). Uno de los tipos de cáncer que más afecta al género femenino es el cáncer de mama; éste consiste en la formación de bultos o tumores en la glándula mamaria, los cuáles pueden ser benignos o malignos (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo, y Alvarado, 2014).

En cuanto al cáncer en general, es importante mencionar que se ha incrementado los casos de mortalidad, para poder comprender que es una situación que ha afectado a miles de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha encontrado en el año 2015, que el cáncer fue la segunda causa de muerte a nivel mundial, ocasionando 8,8 millones de muertes; alarmando a profesionales de la salud para encontrar posibles respuestas a esta situación.

En la población femenina, se ha podido evidenciar que el padecimiento del cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública en Colombia, ya que Martínez et al (2018), ha encontrado cifras significativas que muestran un aumento en el número de casos registrados en el periodo comprendido entre el año 2016 al 2018; para el 2016 se diagnosticaron 770 casos, para el 2017 se duplica la cifra encontrando 1.753 casos y para el 2018 aumentó significativamente la cifra notificando 2.311 casos confirmados.

Es importante mencionar que en el departamento del Meta se detecta una suma considerable de casos de cáncer de mama cada día, en especial de las edades de 50 a 54 años (Secretaría de Salud Departamental del Meta, 2017). Así mismo, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), informa que en el año 2018 los casos aumentaron con respecto al 2017 (Herrera et al. 2018).

Además de las cifras, es importante para profesionales en psicología, saber que el diagnóstico y tratamiento del cáncer debe tener un acompañamiento psicológico de calidad, ya que las personas experimentan pensamientos relacionados con la muerte al conocer su diagnóstico, debido a que tienen una idea negativa de lo que significa el cáncer y se evidencian emociones tales como el miedo, tristeza y dolor; incluso se ha encontrado que algunas mujeres se niegan a someterse a los tratamientos como la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia, y/o anticuerpos monoclonales. (Llinares, Benedito y Piqueras, 2010).

Estos estados de ánimo implican una dificultad, ya que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama deben realizarse el debido tratamiento, según la etapa en que estén. La mastectomía hace parte de este tratamiento y consiste en la extirpación del seno, ya sea de tipo conservadora o radical. Este procedimiento quirúrgico genera cambios a nivel cognitivo relacionados con su imagen corporal, su autoestima, su autoeficacia; puesto que los senos hacen parte de su identidad en un contexto y rol social, generando así mismo diferentes sintomatologías como la depresión y la ansiedad. (Cunyer, 2014).

Existen diferentes estudios que han podido demostrar las consecuencias psicoafectivas y sociales que genera éste, Claudel y Hernández (1985) y González Barran 1990) citado por (Sánchez, 2015), identificaron aumento de conductas regresivas, cambios negativos en las relaciones, conductas inhibitorias y vergonzosas en el vestir, disminución en la libertad de movimientos, ocultamiento de la herida al compañero sexual, dificultades en la percepción y pensamientos pesimistas; otros estudios encontraron que las mujeres presentaban sentimientos de desesperanza y desamparo.

Después de haber realizado la cirugía de la mama ya sea conservadora o radical, existen mujeres que optan por la reconstrucción mamaria, dado que se ha evidenciado que el proceso de mastectomía puede cambiar aspectos de la vida diaria, en especial de la calidad de vida de la mujer; con este procedimiento final se trata de revertir el daño psicológico.

Según Marré, Gantz, Villalón, y Roco (2016), existen dos tipos de reconstrucción mamaria, en primer lugar, la diferida, que evita los daños asociados a la radioterapia, pero su desventaja radica en las condiciones que se necesitan para poder realizarla, ya que la mujer debe contar con una isla cutánea. Y la inmediata, la cual preserva el surco submamario, y brinda beneficio psicológico a la paciente ya que conserva casi en su totalidad el seno, pero por otro lado ocasiona daños en los tejidos, causados por las radioterapias inesperadas. También se debe tener en cuenta las técnicas que existen para realizar el procedimiento; los implantes o tejidos autólogos. Según las revisiones teóricas se ha encontrado ventajas y desventajas de cada técnica, por esto se debe consensuar con la paciente cuál de ellas genera menores consecuencias a nivel físico y psicológico.

Se ha encontrado en la literatura que la reconstrucción mamaria revierte el daño psicológico causado por la mastectomía; ya que, al transcurrir el tiempo, estas mujeres manifiestan un incremento en su imagen corporal y bienestar emocional, lo que se ve reflejado en su calidad de vida transcurrido uno o dos años después de su cirugía. (Arora et al., 2001, Rubino, Figus, Loretta & Sechi, 2007 & Atisha et al., (2008) citado por Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2012).

En cuanto a la calidad de vida de las pacientes, en un estudio de Olivares (2007), se encontró que la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas y las que son reconstruidas no es similar, ya que se encuentran resultados depresivos en las que no son reconstruidas.

De forma concluyente los estudios sugieren ampliar la perspectiva de mujeres con reconstrucción mamaria y su influencia en la calidad de vida considerando las expectativas que las mujeres tienen sobre la funcionalidad del tipo de intervención que escoja; por lo cual debe de tener suficiente información proporcionada por el médico tratante y el psicooncólogo.

En la ciudad de Villavicencio, se realizan las cirugías de reconstrucción mamaria con tejidos autólogos llamada VD, que al parecer genera resultados estéticos favorables y un procedimiento más seguro. Se pueden utilizar colgajos abdominales o dorsales, que son los más empleados, para no requerir prótesis y al parecer facilita el tiempo de recuperación. Sin embargo, no se evidencia acompañamiento, controles o evaluaciones psicológicas previas ni posteriores a la misma para evaluar la calidad de vida, lo que dificulta determinar su impacto o evolución.

En este sentido, por los alcances de la investigación se desea evaluar la calidad de vida de mujeres mastectomizadas con el tipo de reconstrucción mamaria VD del municipio de Villavicencio, por lo cual se desea saber ¿Cuál es el nivel de calidad de vida que evidencian las

mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que fueron sometidas a una intervención de reconstrucción mamaria VD en el Hospital departamental de Villavicencio?

### **Justificación**

La calidad de vida en pacientes con cáncer ha sido estudiada por diferentes autores, sin embargo, se encuentran pocos estudios que se relacionen con el efecto pos de cirugías reconstructivas que pretenden recuperar el daño físico generado por la extirpación de un miembro, que a nivel social y cultural es representativo de la femineidad. Aun así, siendo la reconstrucción mamaria una intervención, es posible considerar que los efectos a nivel psicológico puedan ser más eficientes con uno u otro tipo de cirugía que se realice.

Se ha detectado en el departamento del Meta que la cirugía reconstructiva se ha reconocido como aspecto meramente estético, desconociendo el daño emocional que tienen estas mujeres y su afán por recuperar sus estados homeostáticos para desempeñar funciones y roles socialmente esperados. En el Hospital Departamental de Villavicencio, se realiza una técnica de reconstrucción mamaria denominada VD, que, de acuerdo a los reportes realizados por los cirujanos, presenta efectos positivos a corto plazo en la recuperación física y a su vez en la satisfacción y la calidad de vida de las mujeres; debido a ese motivo, ha sido la técnica preferida por las mujeres que se realizan la mastectomía.

En el departamento no se ha encontrado aún estudios que evalúen la calidad de vida de las mujeres que se han sometido a este tipo de procedimientos quirúrgicos; por lo tanto, no se encuentra evidencia de las implicaciones en la calidad de vida y que oriente los procesos realizados por el psicólogo y por el médico tratante. (López, Priego, Bracqbien & Ramos, 2015).

## **Objetivos**

### **Objetivo general.**

Describir el nivel de la calidad de vida que evidencian las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, al haber sido sometidas a una intervención de reconstrucción mamaria VD en el Hospital Departamental de Villavicencio.

### **Objetivos específicos.**

Evaluar mediante la prueba FACT-B, las dimensiones de calidad de vida (estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal y otras preocupaciones enfocadas al cáncer de mama) de las mujeres con reconstrucción mamaria tipo autóloga en el Hospital Departamental de Villavicencio.

Analizar las dimensiones de la calidad de vida, a partir de los resultados arrojados por el instrumento FACT-B, aplicado a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, al haberse realizado la nueva técnica de reconstrucción mamaria, en el Hospital departamental de Villavicencio.

## **Marco de Referencia**

### **Marco Epistemológico / Paradigmático**

Para el presente estudio se tuvo en cuenta un enfoque empírico analítico, según Inche et al (2003), este enfoque busca el conocimiento de la realidad enmarcado en una tradición positivista, implementando el uso de métodos cuantitativos que buscan llegar a dar unas explicaciones generales; en la investigación cuantitativa el investigador debe tener una posición objetiva y neutral, es decir, no puede interferir en el proceso de participación o en la aplicación de instrumentos; esta procede a través de hipótesis y pruebas.

El positivismo, inicia como un modelo de investigación en las ciencias físicas o naturales, para posteriormente pertenecer al campo de las ciencias sociales. Augusto Comnte (1798-1857) es uno de los autores más identificados de la escuela positivista, promueve una profunda reforma social y al mismo tiempo una transformación intelectual en la que desarrolla su posición positivista, destacando la importancia del espíritu científico en la sociedad. Su propósito era buscar una manera de aplicar el método científico a la actividad humana, de tal manera que se pudiera propiciar un conocimiento entre el hombre y la sociedad con la solidez de las ciencias naturales (Briones, 2002).

Debido a sus principios filosóficos, el positivismo sustenta la investigación que tenga como objetivo principal la comprobación de una hipótesis por medios estadísticos o determinar los parámetros de una variable mediante una expresión numérica (Ricoy, 2006, citado por Ramos, 2015). Por lo tanto, fundamentarse en el positivismo es aceptar los conocimientos que procedan de las experiencias del sujeto, teniendo como principio de validez esos conocimientos que se adquieren mediante las experiencias del sujeto y lo observable, ya que todo debe de ser comprobado para ser válido por la ciencia. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, citado por Ramos, 2015).

### **La calidad de vida relacionada con la salud.**

Existe una discrepancia para definir la calidad de vida y su relación con la salud, pese a esto la gran mayoría de autores la definen como el bienestar físico y psíquico del individuo enfocado en la experiencia que queda después de la enfermedad, en este caso en cáncer de mama (Urzúa, 2010).

Éste estudio es comprendido desde el enfoque cognitivo ya que es necesario tener en cuenta que las mujeres con cáncer de mama pasan por una serie de sucesos, tratamientos y cirugías, entre esas la reconstrucción mamaria, que pueden influir sobre sus pensamientos, percepción, y demás aspectos cognitivos que a su vez influyen o se asocian con su calidad de vida.

Es importante manifestar que el enfoque cognitivo es pertinente para nuestra investigación ya que se pretende de que la paciente evidencie sus propias interpretaciones acerca de su enfermedad, las acepte y así mismo lograr disminuir el malestar (Londoño, 2017)

Y, por último, en cuanto a la epistemología se tendrá en cuenta a Inche, et al, (2003), donde se expresa que el positivismo es el conocimiento que se puede observar a través de hechos sensibles, que es verificable si se manifiesta empíricamente de forma concreta o tangible. Éste utiliza el método científico basado en el empirismo.

Las variables del presente estudio se medirán desde la ciencia psicométrica, de manera objetiva por medio de instrumentos pertinentes, validados y confiables.

## **Marco Disciplinar**

### **Psicología de la salud.**

La psicología de la salud es definida como el campo de especialización de la psicología que aplica principios, técnicas y conocimientos científicos, que desarrollan la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento o modificación de trastornos físicos, mentales u otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad en los distintos contextos en los que éstos puede tener lugar (Oblitas, 2006 citado por Oblitas, 2008).

Dentro del campo de la psicología de la salud se encuentra enmarcada la subespecialidad de la oncología: la psico-oncología. Ésta se encarga de la prevención primaria que consiste en detectar e intervenir sobre factores psicosociales que influyen en el origen del cáncer; la prevención secundaria que detecta e interviene sobre factores psicológicos más importantes que facilitan la detección precoz del cáncer; la intervención terapéutica, rehabilitación y cuidados paliativos, que se encarga de mantener un equilibrio emocional en los pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todas las fases de la enfermedad para poder mantener una calidad de vida adecuada que se afecta por la enfermedad; y la investigación que son los estudios científicos que fortalecen la labor del psico-oncólogo y promueve el avance de protocolos de evaluación e intervención más eficientes (Oblitas, 2008).

En algunos estudios como el de Gorman (s.f.) se discutió sobre el impacto psicosocial del cáncer, allí se encontró que la mayoría de casos, los familiares no quieren que el médico revele el diagnóstico al paciente “para no provocar más daños emocionales” pero no se dan cuenta que causan un daño más grande ya que el paciente debe ser consciente de lo que está sucediendo. Además, el médico estaría generando un dilema ético, ya que para realizar los tratamientos debe haber un consentimiento y el paciente pensará que la enfermedad que tiene es muy grave para que el personal médico esté ocultando el diagnóstico final y se generará más temor y menos adherencia al tratamiento.

La labor del psicooncólogo y los demás profesionales de la salud es muy importante al momento del diagnóstico, ya que ayuda a que los familiares reciban la noticia y puedan ayudar al paciente desde el diagnóstico y todo el proceso que conlleva el cáncer. Borneman et al. (2003) citado por Gorman (s.f.) dice que los cuidadores de los pacientes que se someten a las cirugías paliativas experimentan un sufrimiento psicológico más intenso.

Se ha identificado que cada tipo de tratamiento genera su propio impacto psicosocial; por ejemplo, han encontrado que, en cirugías como la mastectomía, cirugías de los genitales, de la cabeza y cuello y colostomías, generalmente se asocian con la angustia ya que genera cambios en su aspecto físico y en la función corporal (Gorman, s.f.)

### **El cáncer de mama y la psicología.**

Según Soriano (1997) citado por García y González (2007), cuando una persona se enfrenta a una enfermedad crónica como el cáncer de mama, la mayoría de las esferas de la vida se ven afectadas, entre estas, la esfera familiar, la relación de pareja, y la vida laboral social y sexual.

En estudios investigativos como el de Mohammed et. al (2014), se encontró que el hecho de que las mujeres reciban este tipo de diagnóstico puede generar un gran impacto en ellas y generalmente empieza el sentimiento de angustia ya que se asocia con la muerte; algunas mujeres al experimentar estas emociones generan mecanismos de adaptación para reajustar su vida personal y social.

Retomando a Soriano, (1997) citado por García y González (2007), se pueden evidenciar más emociones como: la ira, el rechazo, el temor o desesperanza, las cuales pueden ir disminuyendo o aumentando en la medida en que la enfermedad evolucione.

Sumado al proceso de tener que enfrentar los cambios que genera el cáncer de mama, las mujeres diagnosticadas tienen que someterse como mínimo a un proceso quirúrgico para lograr una evolución positiva, produciendo efectos psicológicos significativos y cambios en el auto concepto y la imagen corporal (Sirgo, 2001 citado por García & González, 2007).

Después de realizar el proceso de mastectomía, se hace la reconstrucción mamaria, la cual tiene como objetivo evitar o disminuir los posibles trastornos que deja el procedimiento anteriormente mencionado, esta alternativa es un factor clave en la rehabilitación del paciente ya que permite la posibilidad de recuperar una imagen adecuada impidiendo aquellas emociones negativas que influyen en la autoestima de la paciente (Oiz, 2005).

La decisión de realizarse la reconstrucción mamaria por el paciente debe de ser tomada adecuadamente después de que ella ha tenido la oportunidad de aprender y discutir, este aprendizaje se da cuando las mujeres conviven con la mutilación del seno día a día. Además de esto es necesario que las mujeres tengan un adecuado asesoramiento y que ellas estén participando constantemente en el proceso, y de este modo lograr unos resultados exitosos (Cordeiro, 2009)

Según Oiz (2005), para la mujer el hecho de volver a recuperar su seno después de ser mutilado es una forma de enfrentarse a la enfermedad, ya que el seno hace parte de una concepción cultural frente a un símbolo de femineidad, debido a las diferentes manifestaciones artísticas y sociales que

dan cuenta que a pesar de las distintas épocas y culturas siempre va a conservar su significado e importancia.

### **Calidad de vida relacionada con la salud.**

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud toma relevancia en los años 80, anteriormente, la psicología oncológica buscaba los factores psicológicos que estaban relacionados con la enfermedad cancerosa. *Calman* (1987), citado por Ibáñez (1988), hace un análisis en el cual relaciona el concepto de calidad de vida que da la OMS, que es entendida como el bienestar físico y psíquico, en base a esto Calman señala que cuando se habla de este tema se tienen en cuenta las dimensiones psíquicas, sociales, espirituales y profundas de la vida de un individuo, bajo esta postura no solo se puede dar una concepción de lo que es la calidad de vida sino también de lo que significa la enfermedad cancerosa para la persona.

Para tener una comprensión más exacta de lo que es la calidad de vida, es importante explicar las dimensiones mencionadas anteriormente; la dimensión física: hace referencia a todos los aspectos somáticos de la enfermedad desde la sintomatología hasta los efectos secundarios del tratamiento. La dimensión psíquica: hace referencia a los problemas psicológicos que el cáncer como enfermedad origina, la dimensión social se enfoca en las relaciones con las cosas (ambiente físico - ambiente laboral) y las relaciones con las personas (familia- pareja- amigos). La dimensión espiritual: se enfoca en los aspectos religiosos o místicos de la vida. La dimensión profunda está enfatizada en aquellos aspectos individuales y subjetivos de la vida -el self, el ideario político o el estilo de vida. (Ibáñez, 1988)

Cabe resaltar que Schwartzmann, (2003) citado por Vinaccia y Quiceno (2011), menciona que la calidad de vida se relaciona con la salud, cuando se habla de la valoración que realiza la persona, de acuerdo con sus propios criterios de estado físico, emocional y social en un momento específico de su vida, y revela un grado de satisfacción o insatisfacción con ciertas situaciones personales como; las situaciones fisiológicas, enfocadas en la sintomatología, la discapacidad y respuesta sexual. La situación emocional, se caracteriza por aquellos sentimientos de tristeza, miedo inseguridad y frustración. La situación social, atañe a los procesos laborales, escolares o interpretaciones sociales en general, relaciones familiares o de nivel económico y actividades de ocio.

## **Reconstrucción mamaria.**

La reconstrucción o restauración mamaria hace parte del tratamiento, incluso puede llegar a ser muy importante, ya que algunos estudios como el de Garzón (2013) manifiestan que esta intervención puede llegar a mejorar la calidad de vida de las mujeres y que está directamente relacionado con su alto grado de independencia.

La reconstrucción mamaria es una intervención quirúrgica plástica que se realiza después de haber realizado una mastectomía radical o conservadora con el fin de recrear la mama que fue removida. Cumple con los objetivos de no causar daño, no demorarse, que sea lo más natural posible, segura, que optimice los resultados estéticos teniendo en cuenta las preferencias y limitaciones quirúrgicas del paciente (Hu & Alderman, 2007)

Además, éste procedimiento debe ser aprobado luego de una cita médica con el psicooncólogo, el médico y el cirujano; allí se toma la decisión sobre el tipo y el momento de la reconstrucción. Las opciones se basan en los objetivos que tiene la paciente, por ejemplo, si quiere que su procedimiento sea lo más natural posible, ella optará por la reconstrucción con tejidos autólogos; aunque también se deben tener en cuenta aspectos médicos y físicos como la obesidad u otras enfermedades crónicas; se dice que la preferencia de la paciente es muy importante, pero la prioridad es ejecutar el tratamiento adecuado para el cáncer de mama. Aquí es donde toma importancia el equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeros, psicólogos, cirujanos oncológicos, reconstructivos y personal de radiación para proporcionarle la información más completa a la paciente y llegar a un buen acuerdo para completar el tratamiento (Hu & Alderman, 2007).

### ***Tiempo de Reconstrucción.***

*Inmediata.* Comienza al mismo tiempo que la mastectomía y es ideal para las mujeres que se encuentran en estadio I y II. Se han encontrado beneficios psicológicos con éste momento de intervención, como niveles bajos de angustia, mejor imagen corporal, autoestima y satisfacción que en las mujeres que han retrasado la reconstrucción. En cuanto a las desventajas, el tratamiento

puede requerir de radioterapia, y esto hace que afecte adversamente la reconstrucción (Hu & Alderman, 2007)

*Tardía.* Comienza después de la mastectomía. Tiene muchas ventajas, ya que se realiza después de la radioterapia y tienen menos complicaciones que la inmediata. En cuanto a las desventajas, se prolonga el tratamiento general, hay un resultado estético más pobre con reconstrucción autólogo porque no se conserva la envoltura de la piel y los costos son más altos para el sistema de atención médica (Hu & Alderman, 2007)

## **Marco Multidisciplinar e Interdisciplinar**

### **Marco multidisciplinar.**

Aparte de la psicología, existen diferentes disciplinas que se encargan de observar el fenómeno a estudiar en esta investigación, lo cual permite comprender la calidad de vida de este tipo de mujeres desde un punto más amplio como en la psicooncología, la medicina, la enfermería y la oncología.

### ***Psicooncología.***

La calidad de vida se ve relacionada con la integridad física y la imagen corporal, en este caso la reconstrucción mamaria es la opción ideal para las mujeres con cáncer de mama ya que contribuye a la recuperación de las secuelas tanto físicas como psíquicas que se presentan durante el tratamiento. El objetivo de las distintas técnicas que existen es recuperar el contorno de la mama y su mejoría funcional que contribuya a la calidad de vida de estas mujeres (Masía y Bauzá, 2017).

### ***Enfermería.***

Es una disciplina que ahonda sobre la calidad de vida del paciente; por esto, es importante hablar de promoción y prevención, a la hora de una consulta en el ámbito oncológico en pacientes con cáncer de mama; esto hace referencia a la búsqueda de un estilo de vida saludable que mejore la calidad de vida. La promoción abarca un mayor significado a diferencia de la prevención ya que esta se enfoca en la vida y el desarrollo del ser humano en un campo social donde estos requieren

de estrategias que ayuden a la construcción de ambientes saludables para mejorar el estilo de vida y llevar los procesos de evolución asistencial donde se le informa al paciente sobre los cuidados y seguimientos que deben tener ante las reacciones y complicaciones del tratamiento prestando la debida atención de enfermería, orientados a mejorar la calidad de vida en los pacientes después de la radioterapia (Capllonch, 2015)

Las mujeres mastectomizadas pasan por una experiencia traumática y es allí donde el profesional de enfermería es de gran aporte en todo este proceso, ya que se encarga de brindar la información que debe dar a conocer a la paciente de manera correcta acerca de los resultados y el proceso del tratamiento como parte de la recuperación de la cirugía, ya que se ve afectada su imagen corporal. Debido a esto, es de gran importancia estudiar a profundidad la manera en que influye la percepción de las mujeres mastectomizadas con el fin de generar un diagnóstico con el cual se den las debidas asesorías e intervención del personal de la enfermería temas como imagen corporal, relación de pareja y autoestima (Durand, Guerrero y Voysest, 2016).

### ***Medicina.***

#### ***Cáncer.***

El cáncer es definido por la medicina como una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y que invade los tejidos; además, existe desde tiempo inmemorial y que su tratamiento ha ido evolucionando a través del tiempo generando mejor calidad y expectativa de vida (Garza & Juárez, 2014).

#### ***Cáncer de mama.***

Es un tipo de cáncer que se genera por el crecimiento anormal de células que invade tejidos como la glándula mamaria. Allí se produce un tumor maligno que puede trasladarse y proliferar en otras partes del cuerpo. Existen algunos factores de riesgo como la edad entre 50 a 65 años, factores hormonales como la menarquía precoz, la administración de anticonceptivos, tratamiento hormonal sustitutivo, antecedentes familiares de cáncer de mama, obesidad, tratamiento con radioterapia, algunas enfermedades, consumo de tabaco, entre otras. Existen métodos para detectar el cáncer de mama precozmente, como la exploración clínica de las mamas, la mamografía, la ecografía o la biopsia. Luego de haber detectado el cáncer a tiempo, se procede con el tratamiento;

dentro de estos se encuentran: la cirugía, como la mastectomía radical modificada, la cirugía conservadora, radioterapia, quimioterapia, tratamiento hormonal, y tratamientos biológicos (Asociación Española contra el Cáncer, 2014)

Teniendo en cuenta la explicación anterior en cuanto al cáncer en general y el cáncer de mama, Para la medicina, la calidad de vida hace referencia a la salud de la persona; este término se utiliza únicamente para los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. claramente existe un aspecto que no se puede olvidar y es que los seres humanos son sujetos sociales; para la medicina esto es importante ya que la salud depende del intercambio personal en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognitiva. (Fernández, Fernández y Cieza, 2010).

### ***Oncología.***

El término de calidad de vida está fortaleciéndose cada vez más debido al avance de los tratamientos y a sus consecuencias en los pacientes. Actualmente el cáncer es considerado un problema de salud pública debido a la mortalidad y la morbilidad que genera el mismo, sumado a esto su alto costo económico y humano en cuanto a la enfermedad y al tratamiento; ya que éste conlleva repercusiones a nivel físico, mental y social viéndose reflejado en el deterioro de su calidad de vida (Contreras, 2005)

### **Marco Interdisciplinar.**

En las ciencias de la salud es importante que haya un trabajo interdisciplinar, y más aún cuando se trata de una enfermedad crónica como el cáncer. El siguiente artículo está basado en una propuesta de intervención frente al cuidado de enfermería, para mujeres diagnosticadas con cáncer de mama debido a un programa que se creó en el 2007 con el fin de dar una atención integral de estas mujeres; cuyo objetivo era el ofrecer un cuidado holístico que se ajustara a todas las condiciones, estado, tratamiento, diagnóstico, individual de cada paciente. Este programa inició con una población de 20 mujeres ofreciéndoles consejería respecto al tratamiento, lo que tuvo una buena acogida en cuanto a todo el equipo multidisciplinario que intervenía lo que llevaba a ofrecerles un asesoramiento individual las intervenciones realizadas se hacían de acuerdo al

diagnóstico y a las etapas del tratamiento de cáncer, se realizaban encuentros grupales para mejorar la autoestima y la calidad de vida; se logró la agilización de procedimientos administrativos como autorizaciones de ayudas diagnósticas e interconsultas con otro tipo de especialidades a oncología. Todo este logro se dio gracias a la participación de un equipo multidisciplinario de: cirujanos plásticos, médicos oncólogos, estudiantes de trabajo social, de psicología, de terapia ocupacional y de enfermería quienes pertenecían a la universidad del Valle (Hernández, 2016).

### **Marco Normativo y Legal**

En Colombia, el cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud pública, por lo cual, se han venido implementando una serie de leyes, para controlar sus altos índices de mortalidad y morbilidad como lo es la ley de Sandra Ceballos (1384 del 2010).

El congreso de Colombia decreta:

#### **Artículo 1ro, objeto de ley.**

Establecer acciones para controlar de manera integral el cáncer en la población colombiana, reduciendo la morbilidad y mortalidad y mejorando la calidad de vida de los pacientes oncológicos a través de la garantía por parte del estado y de los que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, prestando todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidados paliativos. (Congreso de la República, 2010)

#### **Artículo 4to, definiciones.**

Es necesario tener en cuenta el concepto de cuidados paliativos, ésta es una atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que previene o trata los síntomas de la enfermedad de manera inmediata incluyendo también los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad. (Congreso de la República, 2010)

Debido a que se va a trabajar con pacientes del Hospital Departamental de Villavicencio es conveniente mencionar que dentro del artículo cuarto se encuentra el apartado de las Unidades Funcionales, las cuales son entendidas como unidades clínicas dentro de las instituciones prestadoras del servicio de salud habilitadas por el Ministerio de Protección Social y apoyadas por profesionales que promueven la atención integral del cáncer, evalúan la salud del paciente, garantizan la calidad oportuna (Congreso de la República, 2010).

### **Artículo 5to, control integral del cáncer.**

Es importante tener en cuenta que el cáncer es una enfermedad de interés en salud pública y prioridad para la república de Colombia. El control integral del cáncer tendrá el apoyo de la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas o quirúrgicas relacionadas directamente con la oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avaladas por el Ministerio de la Protección Social quien determinará acciones de promoción y prevención en todo lo relacionado con el cáncer. (Congreso de la República, 2010)

### **Marco Institucional**

Esta investigación se desarrolla en la ciudad de Villavicencio debido a los postulados mencionados en la problematización. Según la Gobernación del Meta en el 2016, Villavicencio contaba con 495.227 habitantes, población que representa el 54% de la población total del departamento, del cual 48,53% son hombres y 51,47% son mujeres.

Debido al interés y los objetivos de esta investigación, nos enfocamos en el Hospital Departamental de Villavicencio; éste es un establecimiento público de orden departamental, fundado en el año 1969, que tenía como nombre; el hospital Monfort. En general, en 1967 el hospital Monfort se convierte en el hospital general de Villavicencio y en 1975 se convierte en el hospital departamental de Villavicencio, se constituye como una sede de unidad regional adscrito al sistema nacional de salud (Hospital Departamental de Villavicencio, 2017).

La misión de esta institución es prestar los servicios de salud de mediana y alta complejidad con un enfoque integral orientado a la seguridad del paciente, la atención humanizada y la satisfacción del usuario, ya que son uno de los pilares de la institución.

En cuanto a las funciones del Hospital, una de las principales y más importante es que cuenta con la unidad de cáncer que está especializada en prestar servicios de alta complejidad en las fases de diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer o para descartar síntomas de este, ya que cuenta con equipos de alto nivel científico y tecnológico avalados por el instituto nacional de cancerología; cuenta con servicios como: “Oncología, Clínica Mastología, Cirugía oncológica, Hematoncológica pediátrica, Hematología adultos, Anestesia cuidado paliativo y manejo del dolor, Radioterapia, Dermatología oncológica, Cirugía plástica reconstructiva, Cirugía gástrica y endoscópica, Gineco-oncología, Oncología oral, Urología oncológica, Triage oncológico por enfermera oncóloga” (Hospital Departamental de Villavicencio, 2017).

## **Antecedentes Investigativos**

### **Internacionales.**

Es importante realizar una revisión de los estudios a nivel mundial en torno al tema de interés: calidad de vida, reconstrucción mamaria y factores psicológicos asociados. Según Bueno y Soto (2016), el impacto que genera el cáncer de mama en las mujeres es realmente significativo, ya que se ven afectadas varias esferas de la vida personal y familiar, este impacto influye negativamente en la calidad de vida y aumenta el estrés. Se encontró un estudio en México, que existe una correlación entre estrés y pensamientos negativos, ya que el hecho de tener una enfermedad crónica puede traer consigo pensamientos que pueden llegar a perturbar a la persona; además se encontró que existe una relación negativa entre estrés y calidad de vida, ya que el estrés y los problemas de salud son aquellos predictores más influyentes en la calidad de vida. (Hernández y Landero, 2013)

Como ya se ha nombrado anteriormente, el tratamiento del cáncer de mama trae consigo implicaciones importantes; una de las maneras para revertir sus afectaciones generadas es por medio de la reconstrucción mamaria; debido a esto, varios investigadores se han interesado en conocer la influencia de la calidad de vida de estas mujeres luego de haberse realizado dicho procedimiento.

Autores como Oíz, (2005) resaltan la importancia de la intervención quirúrgica de reconstrucción mamaria como parte del tratamiento integral, ya que ésta permite recuperar la imagen corporal afectada, la mastectomía las mujeres presentan unas afectaciones a nivel cognitivo importante, por la relevancia de la simbología mamaria. Este estudio realizado en Pamplona, muestra la importancia de practicarles una evaluación integral a las pacientes y así mismo llevar un control con el psicólogo para poder brindarle las herramientas necesarias para afrontar las emociones negativas que genera el cáncer de mama.

Además, demuestra que su estudio en Madrid refleja que la reconstrucción mamaria es de gran importancia y de necesidad, debido al gran avance en tratamientos quirúrgicos de la mama que buscan bienestar para la mujer. La reconstrucción mamaria ofrece un beneficio psicológico para la mujer ya que devuelve su miembro femenino y así mismo aporta en la identidad y en su calidad de vida.

Retomando lo anterior, existe una relación entre calidad de vida y las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, debido a esto es importante evaluar y medir la calidad de vida en estas mujeres. A partir de los resultados que refleja un estudio realizado en Chicago, el cual tenía como objetivo revisar la literatura actual donde se explican los instrumentos y cuáles son los más usados para esta medición; se encontró que el QOL (cuestionario específico para la medición de la calidad de vida) es uno de los instrumentos más utilizados por la población clínica en este tipo de pacientes. (Perry, Kowalski & Chang, 2007).

Así mismo, Mera y Ortiz en el 2012 realizan una investigación en Chile, nombrando dos instrumentos para la medición de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama el WHOQOL-BREF y el LOT-R. El WHOQOL-BREF. El WHOQOL-BREF es un instrumento desarrollado por la OMS para evaluar la calidad de vida, y está compuesto por 26 preguntas con respuestas tipo likert, en uno de sus ítems se indaga sobre la calidad de vida en general, en otras sobre la satisfacción con respecto a su salud y las 24 preguntas restantes se encuentran agrupadas en los dominios; psicológicos de *imagen corporal y apariencia, sentimientos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración*.

Por otra parte, también se encuentra en una investigación realizada en Paraguay, donde se evaluaron a 125 mujeres con cáncer de mama con la prueba EORTC QLQ-C30, que consta de 30 ítems, los cuales reflejan la múltiple dimensionalidad de la calidad de vida; en esta prueba se tienen en cuenta 5 escalas funcionales al momento de la evaluación, como son: *social, emocional, física,*

*cognitiva y de rol*, tres escalas de los síntomas de la enfermedad y una escala global de salud/calidad de vida, además incluye un ítem orientado al área financiera y otros enfocados en el cáncer de mama (Racalde y Samudio, 2012).

En Canadá, Gavric y Vukovic (2015), realizaron un estudio acerca del cáncer de mama, y la afectación a nivel de calidad de vida y cuál dimensión en salud es la menos afectada con el fin de medir el éxito de la atención médica recibida. Se realizó la investigación piloto en 100 mujeres de 20 a 75 años; la encuesta se basó en el EORTC QLQ-C30 y el QLQ-BR23 para evaluar la calidad de vida de las pacientes. Se encontró que el cáncer de mama afecta todos los dominios de la calidad de vida, en especial las funciones emocionales, sociales y de rol, ya que se evidencia que la fatiga y el dolor juegan un papel importante.

Giraldo (2017), realiza una investigación en España donde se busca identificar las repercusiones de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico por medio de diferentes instrumentos, entre estos el FACT-B para hablar del cáncer de mama. Se pudo encontrar que las mujeres con reconstrucción mamaria tienen un buen soporte emocional con la familia y su círculo social y están satisfechas con la calidad de vida que poseen ahora.

Ruiz y Almanza en el 2012, realizaron una investigación para analizar mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, al transcurrir períodos de cuatro años de padecimiento en los cuales se ven afectadas en su totalidad todas las áreas como lo son, el estado emocional, estado funcional, el estado global de salud, dolor, cansancio, insomnio, el placer sexual, y la perspectiva frente al futuro, debido a que la paciente se ve afectada en todas estas áreas, disminuyendo así su calidad de vida. Es de gran importancia resaltar que en este estudio el acompañamiento oportuno de los profesionales que se ven involucrados desde el comienzo hasta la finalización del proceso es de gran importancia para estas mujeres.

Dentro de los estudios revisados se encontró que en España se realizó una investigación con el objetivo de demostrar resultados oncológicos y estéticos que faciliten el bienestar y la calidad de vida de las mujeres, teniendo en cuenta el tipo de cirugía que se realicen al igual que el tiempo que ha transcurrido entre la mastectomía y la reconstrucción mamaria, debido a que esto se verá reflejado en su bienestar físico, psíquico, social, sexual, y en su calidad de vida. Este estudio quiere dar conocer es que el tipo de cirugía con tejido autólogo tiene más efectos positivos en la paciente, ya que las prótesis debido a que son colocadas después de haber sido sometidas al tratamiento para

combatir el cáncer, la piel se encuentra en un estado de mucho más cuidado, a diferencia de usar tejido autólogo obteniendo mayores resultados. (Gómez, Gómez, Lara, y Tejedor, 2016)

### **Investigaciones nacionales.**

En un estudio desarrollado por Rincón, Pérez, Borda, Martín. (2012). en Bogotá sobre el Impacto de la reconstrucción de mama sobre la imagen corporal y la autoestima en pacientes con cáncer de mama, el objetivo de la investigación es mostrar la satisfacción estética de las pacientes desde el punto de vista de la imagen corporal y la autoestima porque el tipo de cirugía, ya sea la reconstrucción de mama o la mastectomía unilateral interviene ante estos procesos. Para el estudio tomaron una muestra de 72 pacientes y se les aplicó la escala de Rosenberg (EAR), el cuestionario de calidad de vida de la (EORTC) así como el test de medición de grado corporal. Los resultados obtenidos, muestran que las pacientes que se intervienen por medio de la cirugía reconstructiva, presentaron una autoestima más alta, un incremento en la satisfacción estética y disminuyó el impacto negativismo en su imagen corporal.

La investigación desarrollada por Díaz et al. (2014), tiene como objetivo fundamental establecer el tipo de complicaciones postquirúrgicas que evidencian las pacientes con cáncer de mama llevadas a mastectomía y reconstrucción mamaria; además de esto se identifica el gran número de casos diagnosticados cada año; esto deja entrever que en Colombia existe un gran número de pacientes con cáncer de mama que ingresan al Instituto Nacional de Cancerología (INC) y “se encuentran en estadios localmente avanzados de la enfermedad”. Esta investigación hace ver que es mejor realizar la reconstrucción mamaria tardía por los efectos que genera la quimioterapia neo adyuvante.

El propósito fundamental de la reconstrucción de mama es mejorar la imagen corporal de la paciente mediante el empleo “de técnicas quirúrgicas que simulan una nueva mama sin afectar el pronóstico o la detección de la recurrencia de la enfermedad”. La cirugía se puede realizar inmediatamente o después, con distintas técnicas obedeciendo al tipo de mastectomía efectuada; conjuntamente, tienen en cuenta las condiciones generales de la paciente; el estado clínico de la

enfermedad; el pronóstico oncológico; el tratamiento adyuvante, y la decisión particular de la paciente. (Cordeiro, 2009)

Valera, Valadez, Rivera y Montes (2017) establecen que uno de los aspectos psicológicos más afectados a parte de la calidad de vida es la imagen corporal, ya que ésta es la representación subjetiva de la percepción y la evaluación del cuerpo como una totalidad, refiriendo que esta se ve afectada a la hora de un diagnóstico que implica cambios corporales. Ésta investigación fue realizada en Estados Unidos y Europa donde se aplicó la escala de imagen corporal de HOPWOOB y el módulo QLQ BR 23 desarrollado por la Organización Europea para Investigación y Tratamiento en Cáncer (EORTC) teniendo en cuenta el objetivo, el cual es valorar la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama donde se afecta a nivel sexual, relaciones de pareja, calidad de vida, y los estilos de afrontamiento.

A su vez Molano y Vélez (2016) realizaron un estudio en la ciudad de Popayán, entre los cuales se tomó una población de 39 mujeres entre los 46 y 70 años de edad; las cuales estuvieran en estadio II del cáncer de mama y que asistieron al hospital de Popayán. Éste estudio arrojó 4 categorías las cuales fueron: cáncer una enfermedad heredada, angustia y depresión por el futuro, insatisfacción corporal y sexual, y la familia un apoyo fundamental. Se logró comprobar que, a nivel personal, el cáncer de mama les genera angustia y depresión creando insatisfacción corporal debido a que afecta sus relaciones sociales y de pareja, sumado a esto, el deterioro de su autoestima, autoconfianza, deterioran la calidad de vida.

Es importante hablar del cáncer de mama, ya que se ha demostrado según diversos estudios como el de Angarita, et al (2010), que esta enfermedad se perfila como un problema de salud pública en Colombia, no solo por sus grandes afectaciones que genera a nivel físico y psicológico sino por el número de casos que se registran cada año; desde el año 1970 ha cobrado la vida de varias mujeres. Se logró identificar que la media de edad es de 55 años, de las cuales se recomienda realizar los tratamientos y pasos a seguir de manera rápida.

Por otro lado, García y González (2007), investigaron los factores influyentes en el bienestar psicológico de estas mujeres, como: la estabilidad, la fortaleza, la autoconfianza, la estabilidad emocional y la autoestima; todos son de gran importancia para las mujeres con cáncer de mama, además de que cambia todo su estilo de vida, y a su vez esto influye en la calidad de vida.

Otros autores de suma importancia son Zapata y Grisales (2010), los cuales realizaron un estudio en Antioquia, cuya finalidad era determinar la calidad de vida y la influencia de factores

asociados, a través de las pruebas del WHOQOL BREF; éste instrumento se aplicó en 220 mujeres con cáncer de mama que estaban siendo tratadas, teniendo en cuenta sus puntajes frente a la calidad de vida, donde se tenía en cuenta algunas variables como características demográficas, clínicas y sociales, lo cual arrojó que las mujeres con mayor escolaridad, las que estaban afiliadas a régimen contributivo, al igual que las que recibían apoyo social, las que tenían un nivel socioeconómico alto y las que se refugiaban en lo espiritual; tenían una mejor calidad de vida. Contrario a esto, las que tenían recursos económicos bajos, arrojaron puntajes menores de calidad de vida.

Realizar estudios que traten de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama es muy importante, ya que se está buscando la forma de poder entender los significados que le dan esas mujeres a los sucesos que han marcado sus vidas. Diversos estudios han intentado ahondar sobre lo que ocurre a nivel psicológico con cada una de ellas cuando se someten al proceso de mastectomía; el cual ha sido un acto que desafía el cuerpo de la mujer modificando una parte del cuerpo que caracteriza a nivel socio-cultural a la misma. Rodríguez en el año 2013, realiza un estudio de caso clínico encontrándose varias sorpresas; la calidad de vida se va modificando a medida que se someten a una determinada cirugía, por ende, es necesario crear un vínculo de confianza entre paciente-psicooncólogo para sobrellevar los efectos del tratamiento de la forma más adecuada y fortalecer la red de apoyo para que su calidad de vida no se vea afectada.

## **Método o Metódica**

En relación con el paradigma y enfoque de esta investigación, es de gran importancia comprender que los instrumentos que se van a utilizar están enmarcados en un enfoque cognitivo buscando describir una variable. Debido a lo anterior, se va a utilizar una metodología cuantitativa la cual busca describir, predecir y explicar los fenómenos (Abreu, 2012).

### **Diseño o Tipo de Estudio**

El presente estudio se realiza a través de una metodología cuantitativa con alcance descriptivo, dado que se pretende describir la calidad de vida de las mujeres y su medición a partir de un instrumento se realiza en un mismo momento (transversal) (Hopkins & Glass, 1984).

### **Población**

Teniendo en cuenta el diseño del presente estudio, la muestra poblacional es de tipo no probabilístico o dirigida, por lo que se trata de una muestra por conveniencia en la que se relacionan aspectos clínicos de una técnica de reconstrucción mamaria; siendo una población limitada, puesto que hay muy pocas mujeres que se han sido intervenidas con esta técnica. Es por ello que la muestra de este estudio es representativa y consiste en un grupo de 20 mujeres que se hayan realizado la nueva técnica de reconstrucción mamaria VD en el hospital departamental de Villavicencio.

La muestra poblacional se caracteriza, por encontrarse en un rango de edad entre los 24 y los 63 años, la mayor participación se dio en mujeres de 45 años, ya que estas mujeres presentan características particulares como lo es la edad; el 90% de las participantes se encuentran viviendo en la ciudad de Villavicencio y el restante entre Restrepo y San Martín, todos municipios del Meta. El 55% del total de la muestra se encuentran en una relación afectiva estable (casadas o en unión

libre); las restantes se encuentran separadas o solteras. El 25% han cursado grados de bachillerato, el otro 15% primaria, el restante 60% han cursado educación superior.

En cuanto al diagnóstico, las mujeres han sido diagnosticadas con cáncer de seno desde el 2012 al 2017, con lo cual se comprende que las dinámicas asociadas a los síntomas en el momento de la evaluación al menos tenían entre uno y seis años. Así mismo el 95% reporta apoyo familiar, en cuanto a la reconstrucción el tipo de preferencia es la inmediata, lo que indicaría que el proceso es diferente toda vez que no se puede experimentar la pérdida del seno. Las mujeres reportan que en el 85% de los casos han sido informadas del procedimiento, sin embargo, el 80% son las que están satisfechas con el procedimiento

*Tabla 1. Edad de las participantes*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
24	1	5	5
34	2	10	15
35	1	5	20
37	1	5	25
38	1	5	30
42	2	10	40
43	1	5	45
45	3	15	60
49	1	5	65
50	1	5	70
51	2	10	80
52	1	5	85
55	2	10	95
63	1	5	100
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	

*Nota:* La edad más frecuente es la de 45 años que corresponde al 15% de la población y la edad con menos frecuencia es la de 24 años en la cual se encuentra un 5%. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 1. Histograma de edades

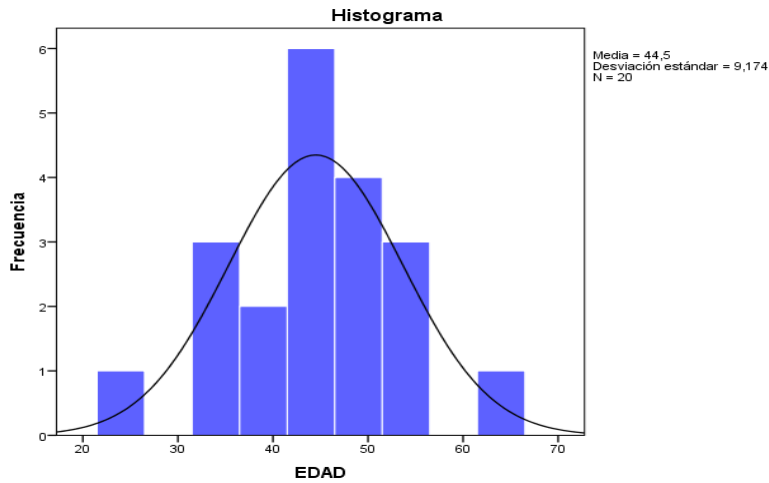


Figura 1. Las edades de las participantes se encuentran en un rango entre los 24 y 63 años, la edad promedio es de 44,5 años. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 2. Ciudad de residencia de las participantes

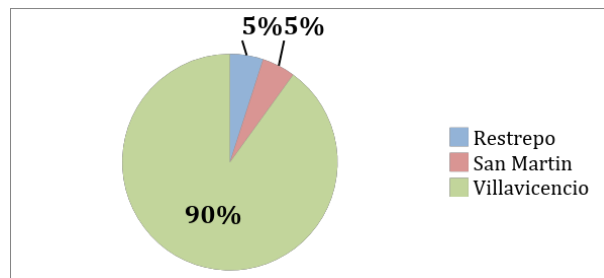


Figura 2. De acuerdo a la figura, ciudad de Procedencia de las participantes, se puede concluir que el (90%) 18 de ellas viven en Villavicencio, el (5%) 1 de ellas vive en San Martín y el otro (5%) 1 de ellas en Restrepo. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 3. Estado civil de las participantes.

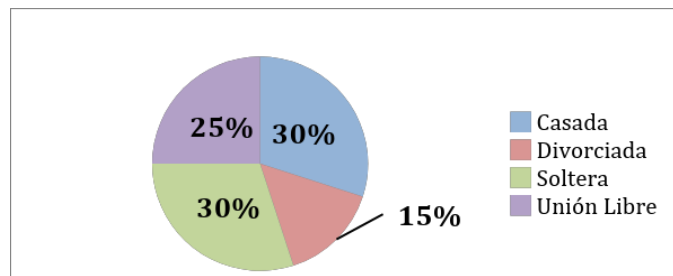


Figura 3. De acuerdo a la gráfica el 30% de las mujeres se encuentran casadas, el 30% solteras, el 15% están divorciadas y 25% en unión libre. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 4. Nivel de escolaridad de las participantes.

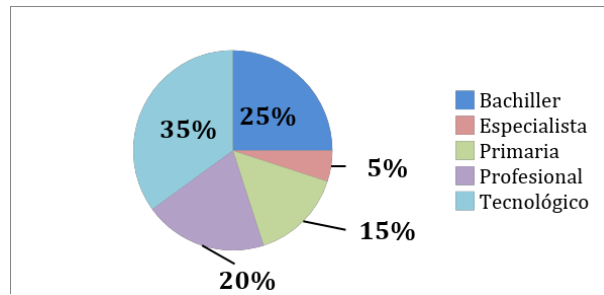


Figura 4. Se observa que la mayoría de las encuestadas son tecnólogas con una participación del 35%, el 25% son bachilleres, el 20% son profesionales, el 15% tienen solo hasta la primaria y por último con una participación del 5% que corresponden a especialistas. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 5. Ocupación de las participantes

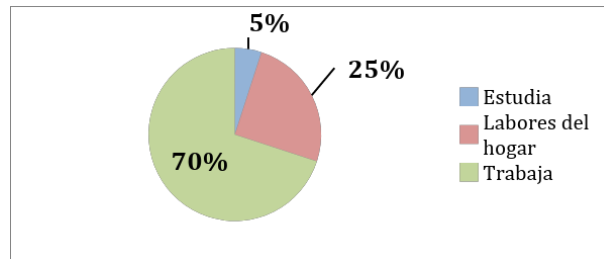


Figura 5. En cuanto a la ocupación se puede observar que el 70% de las encuestadas trabaja, el 25% se dedica a labores del hogar y el 5% restante estudia. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 6. Proceso y evolución de la condición

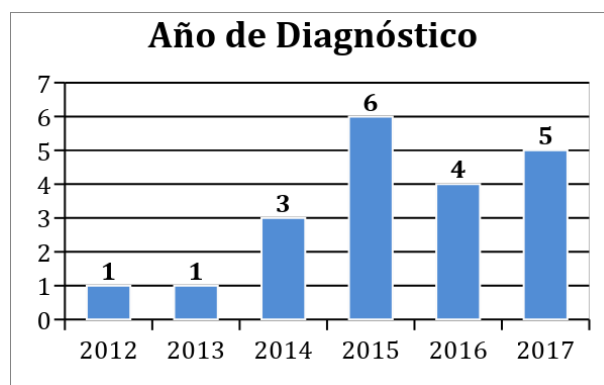


Figura 6. Seis de las mujeres encuestadas fueron diagnosticadas con cáncer de seno en el año 2015, seguido del 2017 con 5 mujeres diagnosticadas, 2016 con 4 mujeres diagnosticadas, 2014 con 3 mujeres diagnosticadas y por último 2012 y 2013 con una mujer diagnosticada en cada uno de los años. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 7. Apoyo familiar

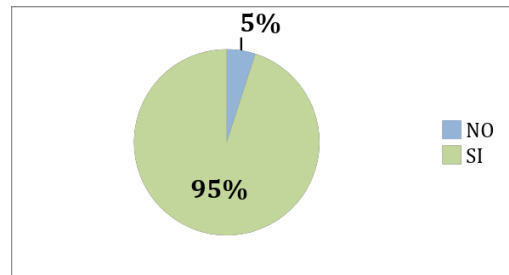


Figura 7. El 95% de las mujeres encuestadas ha recibido apoyo familiar durante el diagnóstico, por otro lado, el 5% de las encuestadas que corresponde a una persona indica que no ha recibido apoyo familiar durante el diagnóstico. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 8. Año de reconstrucción

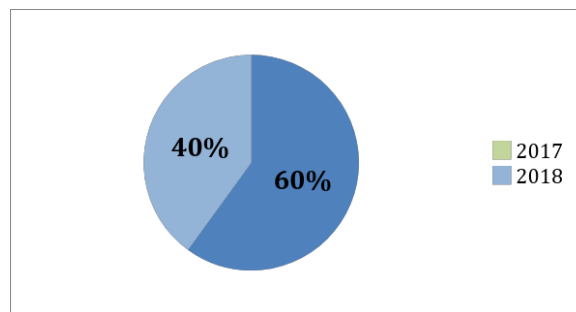


Figura 8. Al 60% de las encuestadas se le realizó la última reconstrucción mamaria en el año 2018, mientras que al 40% restante se le realizó en el año 2017. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 9. Tipo de reconstrucción.

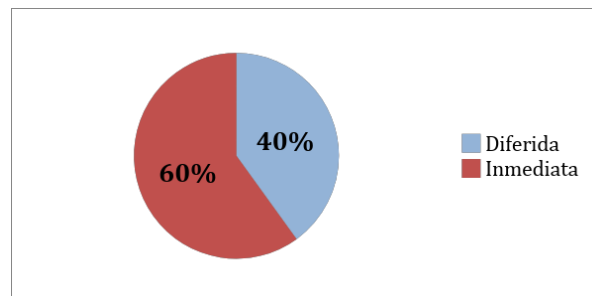


Figura 9. En cuanto al tipo de reconstrucción mamaria, el 60% de las encuestadas se practicó una reconstrucción inmediata y el 40% restante una reconstrucción de tipo diferida. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 10. Información previa

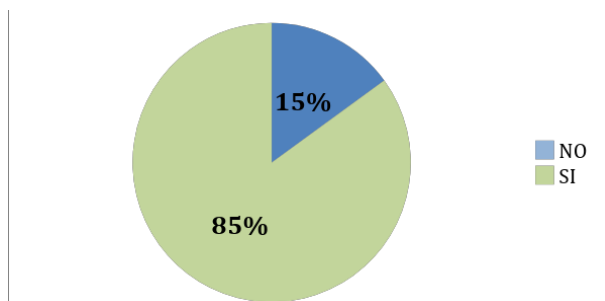


Figura 10. Se observa que el 85% de las encuestadas recibió información previa de los beneficios y complicaciones de la reconstrucción, mientras que el 15% restante no recibió dicha información. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 11. Satisfacción con el procedimiento quirúrgico

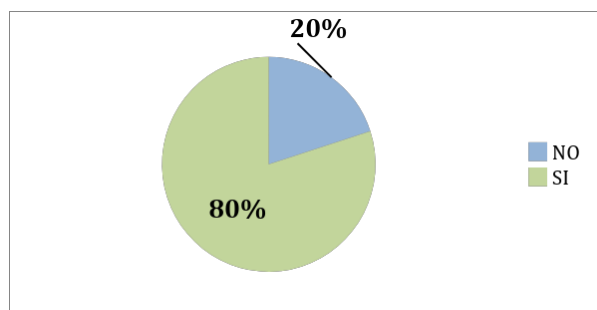


Figura 11. El 80% de las encuestadas se siente satisfechas con la finalización del proceso de reconstrucción mamaria mientras que el 20% restante no se sienten satisfechas. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

### **Criterios de Inclusión**

Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, que se hayan realizado la técnica de reconstrucción mamaria VD con tejido autólogo, en un período menor a diez años.

La reconstrucción debió hacerse en el Hospital Departamental del Meta.

Pertenecientes a la región del Meta.

Mayores de edad.

### **Criterios de exclusión**

Haberse realizado un tipo de reconstrucción mamaria diferente a la autológica.

Vivir en contextos diferentes al Meta.

Haberse cometido a cirugía de reconstrucción en un lugar diferente al Hospital Departamental.

## Instrumento

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), la recolección de los datos se basa en instrumentos estandarizados, los cuales se obtienen por la observación, medición y la documentación de comprobaciones previas. Para la obtención de estos datos, se utilizan instrumentos que han demostrado ser válidos y confiables en estudios anteriores de la comunidad científica, las preguntas o ítems que se utilizan en estos instrumentos por lo general vienen con respuesta predeterminada.

Con base a lo anterior y para el pleno cumplimiento de los objetivos postulados en esta investigación, se tomará el instrumento FACT-B en Versión Española y Adaptado en Colombia para la medición de la variable de Calidad de Vida. Éste tiene como objetivo evaluar la calidad de vida con 36 ítems distribuidos en dos componentes: uno general constituido por los primeros 27 ítems, y otro específico relacionado con los síntomas del cáncer de mama *nueve ítems*. El instrumento representa cinco dominios: bienestar físico *7 ítems*, bienestar social/familiar *7 ítems*, bienestar emocional *6 ítems*, bienestar funcional *7 ítems* y una subescala específica relacionada tanto con la enfermedad como con el tratamiento del cáncer de mama *9 ítems*. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de cinco niveles que van desde cero que es *nada*, un poco, algo, mucho; hasta 4 que es *muchísimo*. El puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje total de la escala resulta de la suma del resultado en cada dominio. Para efectuar la calificación de la escala algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso, de tal modo que los valores finales reflejan el hecho de que mayores puntajes corresponden a una mejor calidad de vida (Sánchez, Sierra & López, 2012)

Las plantillas del Fact-G brindan dos puntuaciones distintas a las puntuaciones arrojadas por cada sub escala individual, el puntaje total proporciona el resumen completo en cuanto a la calidad de vida en general, al unir las puntuaciones del instrumento más la puntuación de la subescala específica de la enfermedad nos lleva a una conclusión más exacta del resumen del Fact-G. (FACIT, 2019)

Como material de apoyo, se realizaron unas tarjetas donde se incluye cada ítem y cada opción de respuesta para que las mujeres tengan presente los diferentes niveles de puntuación y así su respuesta sea válida.

Posteriormente se les realiza la administración de la ficha de datos sociodemográficos, con el fin de conocer su lugar de procedencia, edad, ocupación actual, nivel de escolaridad, tipo de cirugía realizada, fecha del diagnóstico, fecha de la reconstrucción mamaria y conformidad con el procedimiento de la reconstrucción sociodemográficos realizado por las investigadoras donde se reúnen datos personales y demás que son útiles a la hora de describir la población y relacionarlos con los resultados.

## **Procedimiento**

En primer lugar, se realiza la solicitud al Hospital Departamental de Villavicencio en donde se explica el motivo del estudio con el fin de gestionar la autorización de acceso a la población. El hospital departamental realiza una junta interna donde se revisa la investigación y la importancia de esta; transcurrido esto, notificaron la respuesta donde se autoriza la realización de la investigación bajo algunos parámetros como la protección de datos, debido a la población con la que se iba a trabajar. Seguido a esto, se obtuvo la base de datos en la cual se encontraban 50 pacientes que habían sido intervenidas por esta técnica, luego se realizaron las respectivas llamadas con el fin de seleccionar las participantes que vivieran en el meta, seguido a esto se agenda la cita para realizar la aplicación de los instrumentos en un encuentro presencial, donde se les explica detalladamente la investigación y su finalidad con el compromiso de entregar y explicar los resultados arrojados de ella.

Posteriormente se realiza el proceso de aplicación, en un salón parroquial en donde asistieron las participantes y se hace la respectiva presentación, explicación del estudio y sus objetivos, lectura del consentimiento informado, diligenciamiento de la ficha sociodemográfica y aplicación del instrumento. Cada participante se tomó un tiempo alrededor de 30 minutos; y al finalizar se estableció el compromiso de entregar los resultados a cada una de las participantes.

Por último, se les realiza la retroalimentación de resultados en casa de cada una de las mujeres.

## Consideraciones Éticas

Teniendo en cuenta el Congreso de Colombia (2006), en el título II, disposiciones generales; el artículo 2°, de los principios generales, expresa que el ejercicio investigativo debe ser regulado por un profesional en psicología que debe tener en cuenta el Código Deontológico y Bioético a partir de la ley 1090 de 2006 y se regirá por los siguientes principios universales: la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y de que sus servicios sean usados de manera correcta; de competencia, donde el psicólogo reconoce los límites de su competencia y limitaciones de sus técnicas; estándares morales y legales, que son similares a los de los demás ciudadanos; confidencialidad, toda la información recibida por parte de los usuarios se revelará sólo bajo el consentimiento de la persona o del representante legal, o en aquellas circunstancias particulares donde no hacerlo le causaría algún daño a la persona, los usuarios deben ser informados acerca de las limitaciones legales de la confidencialidad; bienestar del usuario, se respetará la integridad y bienestar de las personas, el usuario estará suficientemente informado sobre los propósitos de las intervenciones o procedimientos y reconocerán su libertad de participación.

Evaluación de técnicas: en cuanto al desarrollo, publicación y utilización de instrumentos de evaluación, el psicólogo promoverá el bienestar y el interés del cliente, se evitará el uso indebido de los resultados, se respetará el derecho de los usuarios por conocer los resultados, interpretaciones y recomendaciones, mantendrán la seguridad de las pruebas y otras técnicas de evaluación y harán lo posible para garantizar el uso correcto y debido de las técnicas de evaluación por parte de otras personas. Y, por último, la investigación con participantes humanos, donde el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan bajo la ley y la profesionalidad de realizar investigaciones con humanos (Congreso de Colombia, 2006)

Es importante resaltar el artículo 10, deberes y obligaciones del psicólogo, donde se manifiesta que hace parte del deber y obligación del psicólogo guardar absoluta reserva de la identidad de la persona, situación o institución donde intervenga, responsabilizarse en momentos de que el auxiliar revele información sin previa autorización, llevar un registro de historias clínicas y demás documentos y éstos, mantenerlos guardados en un sitio seguro, y por último, respetar los principios

y valores que sustentan las normas de éticas vigentes para ejercer la profesión (Congreso de Colombia, 2006)

Siguiendo el capítulo VI, del uso del material psicotécnico; artículo 45, donde se habla de que el material psicotécnico lo puede emplear exclusivamente el profesional en psicología, los estudiantes aprenderán su manejo bajo la supervisión y acompañamiento de docentes o facultad de psicología. Así mismo, el artículo 46, los test deben cumplir una serie de normas de estandarización, validez y confiabilidad; y el artículo 47, donde el psicólogo tendrá la precaución necesaria para dar los resultados diagnósticos basados en las pruebas. (Congreso de Colombia, 2006)

La confidencialidad es muy importante para la presente investigación. Primero porque las mujeres son pacientes del Hospital Departamental de Villavicencio, segundo porque la información brindada es privada y personal, y tercero porque se va a utilizar única y exclusivamente con fines académicos, por esto es de vital importante tener en cuenta las siguientes leyes. (Congreso de Colombia, 2006)

La ley 1581 del 2012 y los decretos 1377 de 2013 y 886 de 2014 hablan del manejo de la información, datos personales y bases de datos recogidos. Es necesario implementar el principio de finalidad, el cual indica que la única finalidad es la de trabajo de grado; el principio de libertad, donde se indica que sus datos no pueden ser divulgados sin previa autorización; el principio de veracidad o calidad, donde la información no se manipula ni altera, será completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible, no se tratan los datos parciales, incompletos o que induzcan al error; el principio de transparencia, donde se podrán realizar preguntas al personal que aplica el cuestionario sin restricciones en el momento que se requiera; el principio de acceso y circulación restringida, en donde el tratamiento de la información se sujeta a los límites de los datos personales; el principio de seguridad, donde se mantendrá las medidas técnicas humanas y administrativas requeridas que sean necesarias para garantizar seguridad a los registros evitando su pérdida, consulta o algún acto fraudulento; y el principio de confidencialidad, en donde todas las personas que intervengan en el tratamiento de los datos personales están obligados a tener la absoluta reserva de la información, en el momento y después. (Congreso de Colombia, 2006)

### **Consentimiento Informado**

El consentimiento informado se regirá bajo el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2009), donde se tendrán en cuenta la voluntariedad, la información en cantidad y con calidad suficiente, y la competencia, donde solo el paciente tiene el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto.

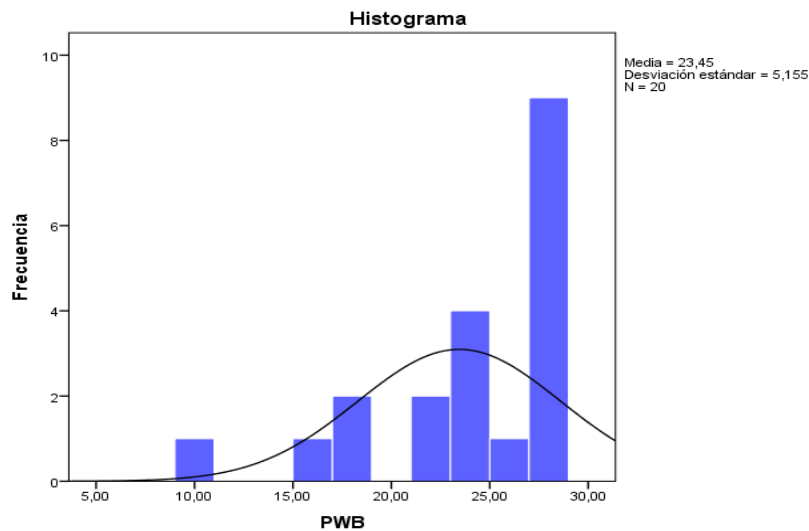
Para este ejercicio investigativo, se fue muy claro con las participantes a la hora de darles a conocer la investigación, el consentimiento fue leído por las investigadoras y por las participantes al tiempo donde fue muy claro las normas enunciadas en él y donde ellas pudieron realizar sus preguntas, donde éstas fueron contestadas con total claridad. En cuanto a la devolución de resultados se volverá a realizar un encuentro con cada una de ellas más privado donde podrán realizar preguntas.

## Resultados

El nivel de medición de la variable es de razón, debido a que se observan datos resultantes de la prueba aplicada con los reactivos propios de esta; la muestra poblacional tiene unas características sociodemográficas, las cuales van a ser descritas a continuación:

De acuerdo con lo explicado en la metodología el instrumento que se va a utilizar, se encuentra dividido en 5 subescalas, a continuación, se van explicar los resultados obtenidos en cada una de ellas:

Figura 12. Subescala de estado físico general de la salud



*Figura 12. PWB (Physical Wellbeing) se refiere a la escala Estado físico general. El estado físico general de salud de las mujeres, se encuentran en una media de 23.45, lo que quiere decir que su estado físico de salud es descrito como “muchísimo” lo cual implica que en esta dimensión las pacientes se encuentran con energía, atienden sus necesidades en general sin dolor y realizan actividades físicas habituales a su vida. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019*

Figura 13. Ambiente familiar y social

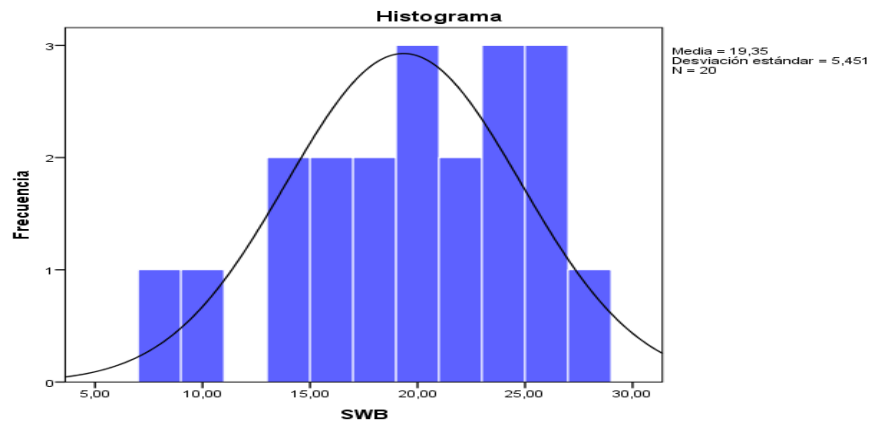


Figura 13.SWB (Social/ family WellBeing) Ambiente familiar y social

El rango de puntuación de la escala de ambiente familiar es de 0-28 en los resultados arrojados se encuentra una media de 19.35 y una desviación estándar de 5,45, lo cual indica que se encuentra en un nivel de (mucho), lo que indica que se encuentra en un ambiente familiar y social adecuado para su calidad de vida. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 14. Estado emocional

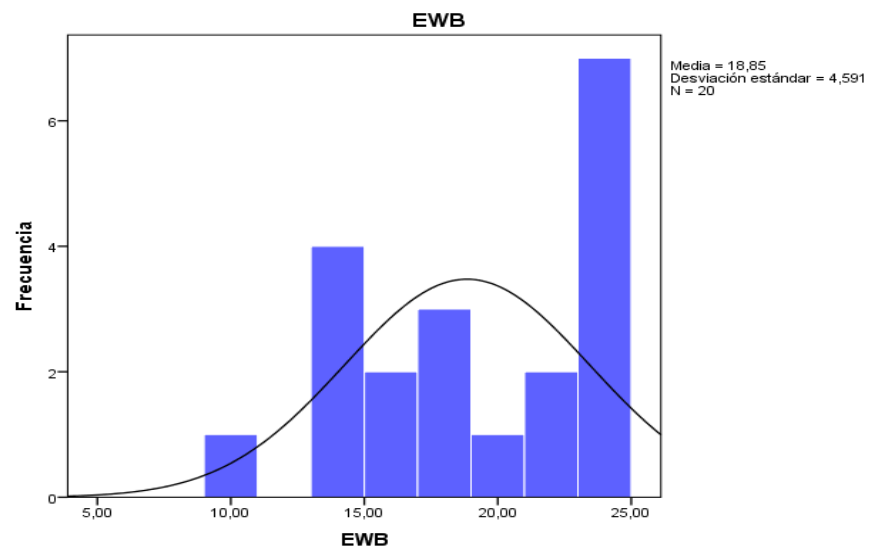


Figura 15.EWB (Emotional WellBeing) Estado emocional. Esta subescala se encuentra en un rango de puntuación de 0-24, al realizar el análisis la media que arroja es de 18,35, la desviación estándar se encuentra en 4,59. con esto se puede decir que el nivel de esta subescala se encuentra en (mucho) indicando que presentan un estado emocional óptimo para su calidad de vida. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 15. Capacidad del funcionamiento personal

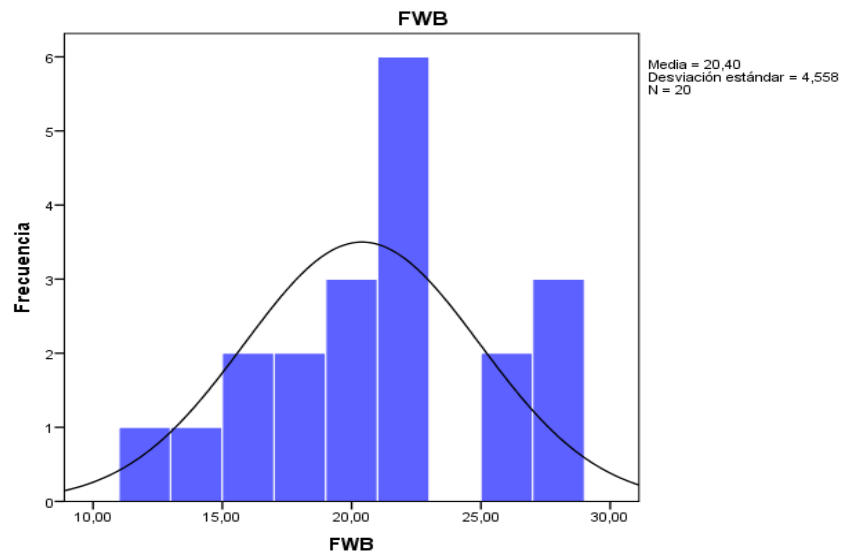


Figura 15. FWB (Fuctional Well-Being) Capacidad de funcionamiento personal. El rango de puntuación de esta subescala es de 0-28, la puntuación media fue de 20,40. la desviación estándar de la media es de 4,55 y la puntuación mínima fue de 12 y la máxima 28. ubicándola en un nivel de (mucho), lo que quiere decir que la población tiene una buena capacidad de funcionamiento personal, permitiéndole desempeñarse en las diferentes actividades. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Figura 16. Otras preocupaciones.

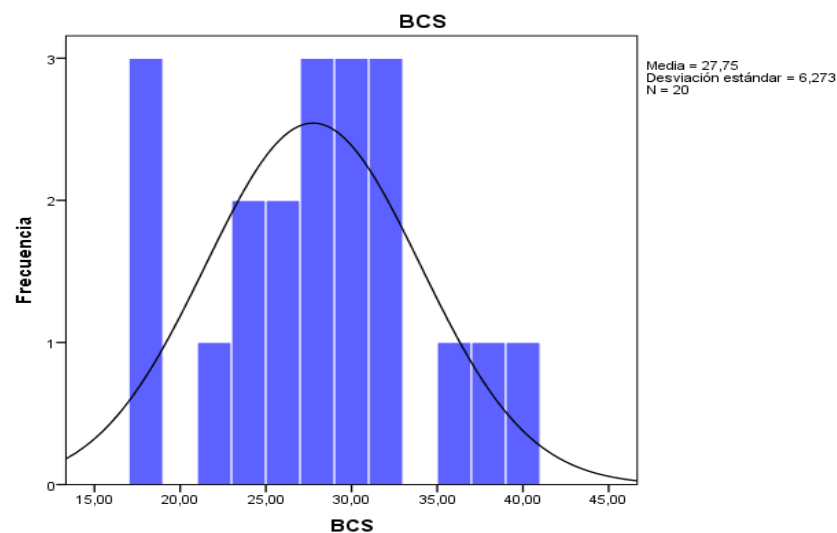
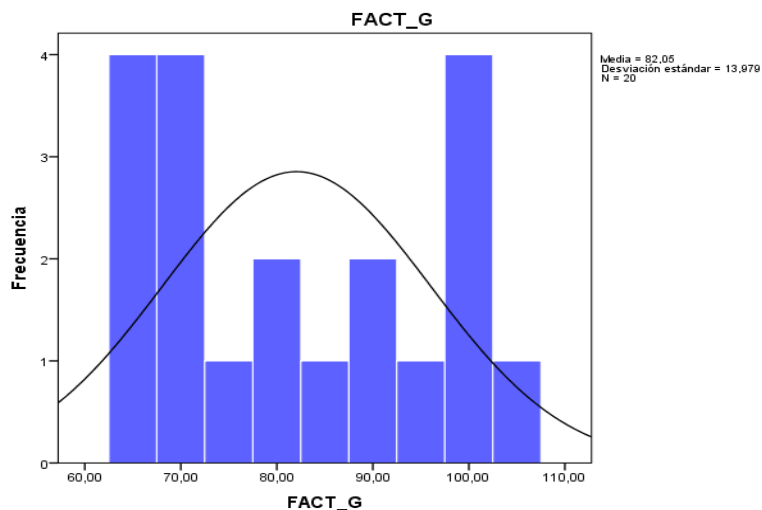


Figura 16. BCS (Breast Cancer Subscale) Otras preocupaciones. El rango de puntuación es de 0-40, al realizar el análisis se encuentra una media de 27,75, con una desviación estándar de 6,27. La puntuación mínima obtenida fue de 18 y la máxima 40. El nivel de esta subescala es de (mucho), indicando que las mujeres están teniendo un adecuado

*afrentamiento a las diferentes adversidades que se generan durante todo el proceso (diagnóstico, enfermedad y tratamiento). Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019*

A continuación, se describen las dos puntuaciones totales diferentes que brinda el FACIT para realizar el análisis, como se menciona en la metodología, estas son denominadas como FACT-G y FACT- B total:

Figura 17. FACT-G



*Figura 17. La puntuación media obtenida en el módulo es de 82,05, la puntuación mínima es de 65 y la máxima 104. Los rangos propuestos por el instrumento son de (0-108), para el análisis de la puntuación el instrumento FACT-B, se centra en las primeras 4 subescalas (estado físico general de la salud, estado emocional, ambiente familiar y social y capacidad de funcionamiento). Con el puntaje FACT-G, se puede analizar cómo se encuentra la calidad de vida de las mujeres en cuanto a su diario vivir. Según la puntuación obtenida las mujeres en general presentan una buena calidad de vida en las dimensiones ya mencionadas. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019*

Figura 18. FACT- B total

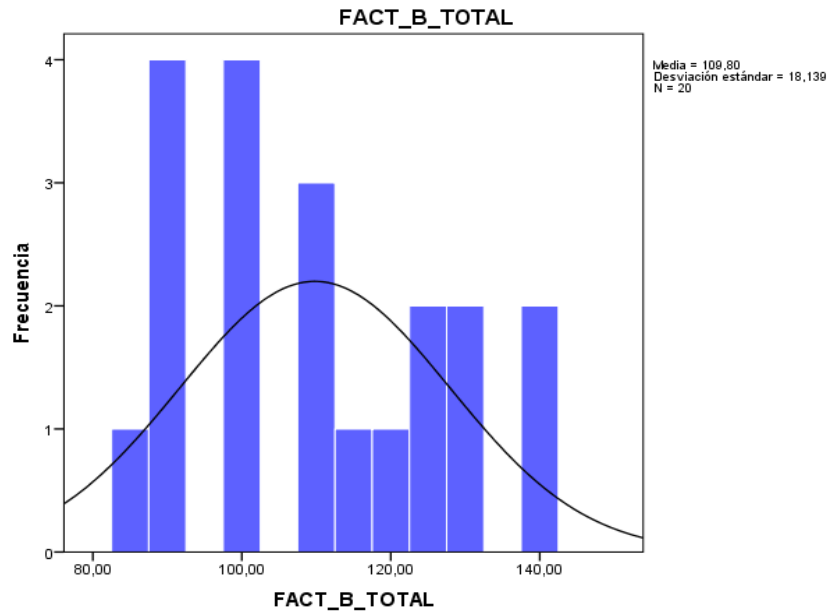


Figura 18. La puntuación media obtenida en el módulo es de 109.80, la puntuación mínima fue de 85 y la máxima 142. Con esto se puede decir que de acuerdo a las 5 subescalas, el nivel de calidad de vida de las mujeres que fueron sometidas a reconstrucción mamaria es óptima para el desempeño físico, emocional y social. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

Tabla 2. Tabla de descriptivos generales

Subescalas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estado físico general de salud	20	10,00	28,00	23,4500	5,15522
Ambiente familiar y social	20	8,00	28,00	19,3500	5,45098
Estado emocional	20	10,00	24,00	18,8500	4,59147
Capacidad de funcionamiento personal	20	12,00	28,00	20,4000	4,55839
Otras preocupaciones	20	18,00	40,00	27,7500	6,27338
FACT_G	20	65,00	104,00	82,0500	13,97921
FACT_B_TOTAL	20	85,00	142,00	109,8000	18,13865

*Nota:* La tabla de descriptivos generales permite establecer por cada una de las dimensiones la media de las puntuaciones generales para todos los participantes y además las puntuaciones generales del FACT-G y el FACT-B total. Por Cindy Chávez; Angie Duarte & Thalía Ocampo. 2019

## **Discusión de Resultados**

Los datos presentados en el apartado de análisis de resultados permiten establecer que el nivel de calidad de vida de las mujeres mastectomizadas con reconstrucción mamaria, se comprenderá a partir de cada una de las dimensiones. Sin embargo, a nivel general la tabla 2 permite establecer que la calidad de vida se encuentra en “mucho”, dato que es aceptable y favorable en relación al tipo de estudio que se realiza y la muestra que participa, toda vez que no se puede garantizar la réplica o generalización de los resultados pues la muestra es no probabilística

De acuerdo con Ibáñez (1988) y la prueba FACT-B utilizada en esta investigación, el concepto de calidad de vida es evaluado por medio de unas dimensiones, las cuales son: el estado físico (y como se nombra en el instrumento), la subescala de estado físico general de salud; este apartado hace referencia a todos los aspectos somáticos de la enfermedad desde la sintomatología hasta los efectos secundarios del tratamiento. La dimensión psíquica (y como se nombra en el FACT-B) la subescala de estado emocional, hace referencia a los problemas psicológicos que el cáncer como enfermedad origina; la dimensión social y (en el FACT-B) la subescala de ambiente familiar y social y la sub escala de capacidad de funcionamiento, se enfocan en las relaciones (ambiente físico - ambiente laboral) y las relaciones con las personas (familia- pareja- amigos). La dimensión espiritual y la dimensión profunda son dos dimensiones que el FACT-B no evalúa, por lo contrario, se enfoca en una subescala que evalúa los efectos que genera el cáncer de mama.

A continuación, se realiza la descripción de cada subescala y su relación con el marco de referencia.

### **Calidad de vida - Estado físico general de la salud**

Teniendo en cuenta la interpretación del instrumento, en la subescala del estado físico general de la salud, las mujeres obtienen una puntuación media de 23.45; posicionándose en el nivel de (mucho). Analizando cada uno de los ítems en esta subescala se logra encontrar que, a nivel general, la población presenta un buen nivel de energía, no se ven afectadas significativamente en

la atención de las necesidades familiares, y la presencia del dolor puede ser mínima en algunas ocasiones en las que la actividad representa esfuerzo muscular o cuando se presentan molestias debido a los efectos secundarios del tratamiento.

Como lo sugieren Olivares (2007) y Cordeiro, (2009), es posible establecer que el cambio físico y de salud física de estas mujeres no es similar, afectando la percepción de funcionalidad debido a que no pueden desempeñarse en actividades físicas como lo hacían antes del diagnóstico, sin embargo, las altas puntuaciones obtenidas, pueden dar cuenta que la información recibida ajusta las perspectivas de funcionamiento y el daño percibido es evaluado con menor gravedad.

### **Calidad de vida – Ambiente familiar y social**

En cuanto al análisis de la subescala de ambiente familiar y social, las mujeres se encuentran en una media de 19,35 situándose en un nivel de (mucho), teniendo en cuenta los ítems, es importante aclarar que la población manifiesta tener un vínculo emocional y de apoyo por parte de sus familiares y amistades cercanas, y que la aceptación de la enfermedad les ayuda y facilita tener una buena comunicación frente a los temas relacionados con la enfermedad. En cuanto al vínculo afectivo de pareja el 60% de la población refiere tener apoyo y el 40% restante no siente apoyo y no se sienten satisfechas con su vida sexual.

Lo anterior es congruente con Soriano (1997) citado por García y González (2007) cuando manifiesta que estas mujeres, al ser diagnosticadas con cáncer de mama, empiezan a generar una serie de cambios en la mayoría de las esferas de la vida (familiar, relación de pareja, vida laboral, social y sexual); por lo general, las afectaciones suelen ser negativas, pero en algunos casos el apoyo familiar y social contribuyen a un reajuste cognitivo, logrando así una adaptación a la enfermedad.

En relación con lo anterior, Mohammed et al (2014), reafirma la relación que existe entre el impacto del diagnóstico y las emociones que pueden llegar a sentir estas mujeres; encontrando emociones negativas asociadas con la muerte, generando un desajuste en su vida personal y social. Se logra identificar que estas mujeres después de realizarse el proceso de reconstrucción mamaria, presentan un dominio en su ambiente familiar y social, porque generaron unos mecanismos de adaptación y esto hace que su calidad de vida sea más óptima.

Se encuentra un deterioro en las relaciones sociales y de pareja, debido a que el tratamiento del cáncer de mama genera angustia y depresión creando una insatisfacción corporal y así mismo una baja autoestima y calidad de vida (Molano y Vélez, 2016). Debido a las secuelas que dejan los procesos quirúrgicos del tratamiento, las mujeres presentan un temor a que sus parejas vean las heridas que dejan los procesos quirúrgicos del tratamiento; pero este procedimiento de la reconstrucción mamaria VD hace que las mujeres tengan más acercamiento y confianza con sus parejas (Sánchez, 2015).

### **Calidad de vida – Estado emocional**

En la subescala de estado emocional las mujeres obtuvieron una media de 18,85, lo que quiere decir que se encuentra en un nivel de (mucho), de acuerdo con los ítems una parte de las mujeres se sienten satisfechas en la forma como han confrontado su enfermedad, pero en algunas situaciones temen recaer en la enfermedad, al escuchar temas relacionados con la muerte o con el hecho que la enfermedad empeore. Se encontró que una gran parte de las mujeres no presentan sentimientos negativos.

Es importante saber que el cáncer de mama es una enfermedad que genera diferentes cambios en el estado de ánimo de la mujer; generando ideaciones negativas a cerca de lo que implica el cáncer, y la valoración de la experiencia a partir de emociones negativas como el miedo y la tristeza disminuyendo la participación en la realización de procedimientos que hacen parte del tratamiento del cáncer. Al saber esto, ellas deben tener un acompañamiento psicológico constante para poder realizar los procedimientos que mejoren su estado emocional. (Llinares, Benedito y Piqueras, 2010).

En estudios como el Oiz (2005), y en presente, se ha encontrado que la reconstrucción mamaria tiene como objetivo revertir el daño que ocasiona el proceso quirúrgico de la mastectomía, eliminando las emociones negativas e influyendo en la autoestima; de este modo contribuye al proceso de afrontamiento de la enfermedad y a que la mujer tenga una mejor calidad de vida, de acuerdo con esto y con los datos recolectados la población se encuentra satisfecha con el

tratamiento, además de esto tienen un estado de ánimo bueno y no presentan pensamientos negativos.

De acuerdo con la investigación de Garzón, (2013), el proceso quirúrgico de la reconstrucción mamaria puede incluso mejorar la calidad de vida de las mujeres, ya que se ha evidenciado con los resultados obtenidos que tienen un buen estado de ánimo, y una satisfacción en los aspectos sociales y psicológicos.

### **Calidad de vida- capacidad de funcionamiento**

En la subescala de capacidad de funcionamiento, la media fue de 20,40, lo cual indica que se encuentran en un nivel de (mucho); de acuerdo con los ítems, las mujeres ejercen sus actividades rutinarias, han aceptado la enfermedad, siguen disfrutando de los diferentes pasatiempos que hacían anteriormente y se encuentran satisfechas con su calidad de vida actual.

Es importante mencionar que cuando una persona se enfrenta a una enfermedad crónica como el cáncer de mama, la mayoría de las esferas de la vida se ven afectadas, entre estas, la esfera familiar, la relación de pareja, y la vida laboral social y sexual, según Soriano (1997) citado por García y González (2007).

Al realizar el proceso quirúrgico de la reconstrucción mamaria, se evidencia que el resultado estético y los efectos secundarios en todo el proceso de recuperación, brindan una mejor adaptabilidad a nivel funcional, lo cual hace que estas mujeres retomen su vida laboral y sexual de manera (López y Vicente, 2017).

Además, no es en sí el cáncer de mama, sino los efectos de los tratamientos lo que hacen que la mujer se sienta más débil, fatigada y presente dolor en su cuerpo, sin mencionar los daños a nivel emocional, el desequilibrio en las funciones emocionales, sociales y de rol, que también juegan un papel importante en la mujer. En estudios desarrollados en Canadá se ha logrado comprobar que la calidad de vida varía mucho dependiendo del tratamiento y la atención médica recibida. (Gavric y Vukovic, 2015). Se ha identificado que se debe manifestar la importancia de

terminar todos los tratamientos, incluyendo el de la reconstrucción mamaria para poder revertir el daño ocasionado por el diagnóstico y los tratamientos para mejorar la enfermedad, como la mastectomía; así, las mujeres perciben una nueva posibilidad para llevar su día a día y de este modo mejorar su calidad de vida.

Es necesario tener en cuenta que el nivel socioeconómico y algunas variables clínicas, sociales y nivel de escolaridad influyen en tanto que la mujer pueda realizar sus pasatiempos de siempre, dormir bien, aceptar su enfermedad y mejorar su calidad de vida; ya que se han realizado estudios nacionales donde se demuestra que si una mujer cuenta con un buen apoyo social, se encuentra afiliada al régimen contributivo y si tiene un nivel socioeconómico alto, tienen una mejor calidad de vida, y las que no cumplían con las características anteriores tienen menor calidad de vida. (Zapata y Grisales, 2010).

### **Calidad de vida- Otras preocupaciones**

En esta subescala las participantes obtuvieron una media 27,75, lo que quiere decir que se encuentran en un nivel de (mucho), porque en los ítems planteados ellas expresan su conformidad con el proceso de la reconstrucción mamaria, no presentan ninguna molestia por su apariencia física, ni dificultades en los aspectos que se relacionan con la enfermedad, como la pérdida del cabello, el dolor en los brazos, la falta de aire. Por otro lado, también se puede observar que las mujeres siguen sintiéndose femeninas y atractivas y no les preocupa su manera de vestir.

De acuerdo con Valera, Valadez, Rivera y Montes (2017), uno de los aspectos psicológicos más afectados al recibir el diagnóstico del cáncer de seno es la imagen corporal, ya que las mujeres tienen una evaluación y percepción del cuerpo como una totalidad, a nivel de identidad. Debido a esto es importante generar un diagnóstico adecuado y de este modo intervenir en temas relacionados como la imagen corporal, relación de pareja y autoestima (Durand, Guerrero y Voyset, 2016).

Teniendo en cuenta los resultados en general que arrojó la prueba, las mujeres con reconstrucción mamaria evidencian una mejoría en su calidad de vida a nivel general. Cabe resaltar que, al realizar la mastectomía, esta conlleva a un fuerte impacto emocional, por lo que esto no se relaciona únicamente con la enfermedad sino con la pérdida del seno. La reconstrucción mamaria

ya sea inmediata o diferida brinda la posibilidad de recuperar la imagen corporal alterada y además contribuye al restablecimiento del equilibrio psicológico. La satisfacción que genera el proceso de reconstrucción depende de los resultados estéticos y de las variables cognitivas y emocionales. Estas variables juegan un papel importante desde el momento del diagnóstico hasta la fase final de tratamiento, es por esto que importante el acompañamiento psicológico desde el inicio ya que esto permitirá que las mujeres afronten adecuadamente la enfermedad y de este modo mejore su calidad de vida (Oiz, 2005). En relación con lo anterior Garzón et al (2013) la reconstrucción mamaria hace parte del tratamiento integral para combatir el cáncer de mama en su totalidad; las mujeres que se realizaron reconstrucción mamaria tardía tienen una rehabilitación menos traumática sometándose a este proceso quirúrgico con tejido autólogo, probablemente porque tuvieron más tiempo para adaptarse a la experiencia y esto facilitó la aceptación de la nueva mama, ya que hizo parte de la reconstrucción de su pecho en totalidad.

## Conclusiones

La calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama es muy variable. Estas mujeres se han sometido desde el momento de su diagnóstico, a situaciones muy traumáticas e imborrables para ellas; como las cirugías, radioterapias y demás procedimientos que atentan a su identidad como mujeres y madres. De este modo, la calidad de vida se ha afectado de manera negativa con los diferentes procedimientos, tratamientos y acompañamientos de profesionales médicos y en psicología para estas mujeres.

La reconstrucción mamaria, es un procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de revertir el daño físico y psicológico que ha causado el cáncer de mama. El tipo de intervención también juega un papel importante en el tratamiento, porque denotará el grado de satisfacción de la mujer intervenida al ver los resultados de ésta; en este caso, las mujeres escogieron el tipo de reconstrucción mamaria VD con tejido autólogo debido a que aporta una nueva mama con características muy similares a la mama natural; el proceso de recuperación y adaptación permite que estas mujeres se sientan satisfechas en diferentes dimensiones de su vida, viéndose reflejado un buen nivel de calidad de vida.(Masía y Bauzá, 2017).

Teniendo en cuenta los resultados que arrojó la prueba aplicada, se pudo identificar que la calidad de vida de estas mujeres intervenidas con este tipo de reconstrucción mamaria con tejido autólogo, se encuentra por encima de 80 que es la medida numérica de la prueba que permite demostrar que existe un buen nivel de calidad de vida en las mujeres, al interpretar y analizar dichas puntuaciones. Los puntajes estuvieron entre 85 y 142; lo que permite analizar que tienen una buena calidad de vida según la prueba FACT-B.

Lo anterior dicho demuestra que el tipo de reconstrucción mamaria VD tiene gran influencia en el proceso de recuperación y adaptación de estas mujeres al contexto, reflejando así una buena calidad de vida.

Es importante analizar las dimensiones de calidad de vida que se tienen en cuenta en los objetivos de la presente investigación: el estado físico general de salud, el ambiente familiar y social, el estado emocional, la capacidad de funcionamiento personal y otras preocupaciones enfocadas al cáncer de mama. El estado físico general de salud de estas mujeres se encuentra en

óptimas condiciones, manifestando un buen nivel de energía y baja molestia con los efectos secundarios del tratamiento, el cual es muy importante para lograr una buena calidad de vida ya que el estado físico influye en la percepción de la misma, y es importante que estas mujeres sigan teniendo un acompañamiento médico y psicológico para mejorar el estado físico. El ambiente familiar y social es vital en el tratamiento del cáncer de mama, estas mujeres al tener un vínculo emocional y apoyo por parte de sus familiares y amistades, lleva a que ellas y su círculo más cercano acepten la enfermedad y logren superar juntos todos los obstáculos que se presentan; los resultados arrojan que un 40% no se siente satisfechas con su vida sexual, y es importante que sus parejas acepten la enfermedad y sus consecuencias a nivel estético para generar más confianza. Hay mujeres que al no tener el apoyo emocional que se requiere, tienen pensamientos negativos asociados con la muerte y puede llegar a que no realicen el tratamiento completo, por eso es tan importante el apoyo emocional y el equilibrio mental. El estado emocional de estas mujeres se encuentra bien a nivel general, debido a que no presentan sentimientos negativos últimamente. Aunque el estado de ánimo varía mucho, y depende del apoyo recibido, un acompañamiento psicológico adecuado puede llevar a que éste se equilibre de manera que mejore los efectos secundarios generado por los procedimientos y que la calidad de vida vaya mejorando cada vez más. En cuanto a la capacidad de funcionamiento personal, a nivel general, las mujeres presentan un buen nivel, ya que disfrutan de sus pasatiempos y ejercen sus actividades rutinarias. Y en cuanto a otras preocupaciones, enfocadas en el tratamiento, a nivel general las mujeres se encuentran en el nivel de mucho, esto quiere decir que no presentan grandes molestias a nivel estético, ni a nivel físico, ni en su forma de vestir o percibirse como mujeres. Esto es muy importante para las mujeres ya que se ha identificado que la imagen corporal es la que más se afecta con los procedimientos, porque la principal forma de combatir el cáncer es realizando la mastectomía, cuyo proceso es el que atenta contra la corporalidad y la identidad femenina; la reconstrucción es quien restablece esa identidad y logra un mejoramiento a nivel de calidad de vida.

Es necesario tener una visión más clara a cerca de la calidad de vida de estas mujeres, debido a que es un aspecto de suma importancia para que ellas logren un mejoramiento a nivel psicológico; con un trabajo transdisciplinar se puede lograr un tratamiento adecuado para prevenir y tratar de forma integral el ser de la mujer.

### **Aportes, Limitaciones y Sugerencias**

En cuanto a los aportes, se logra identificar que esta investigación ha sido de gran aporte para la comunidad científica, el hospital departamental y las participantes, por lo que se llega a la conclusión de que la reconstrucción mamaria es un procedimiento que genera resultados favorables en su calidad de vida, ya que revierte los daños a nivel físico y psicológico generado por la mastectomía. Además, se pone en manifiesto que no se realiza el debido acompañamiento psicológico por parte de psicooncólogo, de hecho, no se reconoce en el procedimiento o la ruta de atención por parte de este especialista.

Para el campo de formación también genera un aporte porque se realiza un acercamiento a la calidad de vida de mujeres que se realizan un procedimiento nuevo en Villavicencio; así mismo, se evidencian aspectos como la importancia de estudiar estos temas que se ven más relacionados con el aspecto médico, pero que siempre debe ir acompañado por la investigación psicológica para lograr una visión transdisciplinar y poder brindar información más completa a las pacientes.

Las limitaciones son claras en esta investigación. En primer lugar, la población es de difícil acceso por el diagnóstico, esto hizo que el proceso de acceder a ellas sea largo y cauteloso haciendo redactar permisos al hospital departamental y esperando días para su aprobación; en segundo lugar, la psicología se queda corta al ahondar sobre la calidad de vida, ya que no existen instrumentos realizados netamente por profesionales en el área que logren un análisis completo del mismo para llegar a conclusiones más amplias; en tercer lugar, estas mujeres manifestaban su inquietud al hacer parte del estudio, porque ya habían sido parte de estudios similares en donde no tuvieron una buena experiencia y porque no querían revelar información personal, y por tal motivo se realizó una explicación muy cautelosa del presente estudio en donde solo quisieron participar 20 mujeres.

Como sugerencias, es de gran importancia realizar diferentes trabajos disciplinares e interdisciplinares donde el foco de atención sea aportar estrategias que mejoren la calidad de vida de las pacientes y no se ahonde tanto en la patología; además la psicología debe ahondar más en teorías y modelos que expliquen sobre éste fenómeno que es de gran importancia y genera impacto en los procesos cognitivos.

Además, es de gran importancia resaltar que el trabajo del psicooncólogo juega un papel importante en el proceso, pero se requiere de un seguimiento más consecutivo, debido al proceso

de esta enfermedad porque pasa por una serie de etapas donde todas juegan un papel importante para la salud física y mental por lo cual cada una de ellas produce una transformación de las concepciones de calidad de vida, a partir de las estrategias de afrontamiento y la motivación pueden superar esta situación. En este sentido el acompañamiento, debe transversalizarse a la red de apoyo.

Para finalizar, se deben realizar trabajos investigativos por profesionales en psicología en conjunto con demás profesionales de la salud para ahondar en el tema de calidad de vida de mujeres que se realizan la reconstrucción mamaria VD, para poder brindar más información a las mujeres acerca de este procedimiento, y darle la importancia que se merece para que haga parte del tratamiento integral. También es importante indagar sobre las repercusiones que generan a nivel psicológico y relacional, las diferentes cirugías reconstructivas de la mama para poder promocionar la de mejor satisfacción.

## Referencias

- Abreu, J. (2012). Hipótesis, Método y Diseño de Investigación. *International Journal of Good conscience*, 7(2). 187-197 Recuperado de [http://www.spentamexico.org/v7-n2/7\(2\)187-197.pdf](http://www.spentamexico.org/v7-n2/7(2)187-197.pdf)
- Aibar, S., Celano, C., Chabi, M., Estrada, S., Gandur, N., Gange, P., González, C., González O., Grance, G., Junim, M., Kohen, N., Molina, J., Nuñez, M., Saenz, M., Troncoso, M., Vallejos, A. (s.f.). Manual de enfermería oncológica. Argentina. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria\\_08-03.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf)
- Angarita, f., Acuña, S., Torregrosa, L, Tawil, M. y Ruiz, A. (2010). Presentación inicial de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno en el centro javeriano de oncología, hospital universitario san Ignacio. *Rev colomb cir.*, 25. Recuperado de <http://revistacirugia.org/media/k2/attachments/PresentacinZinicialZdeZcancerZdeZseno.pdf>
- Asociación Española Contra el Cáncer (2014). Cáncer de Mama. España. Recuperado de <http://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/cancermma-2014.pdf>
- Briones, G. (2002). Epistemología de las ciencias sociales. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Epistemologia%20de%20las%20ciencias%20sociales.pdf>
- Bueno, L. & Soto, V. (2016). Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a09.pdf>
- Capllonch, V. (2015). Cuidados de Enfermería en Pacientes con Cáncer de Mama Sometidos a Radioterapia. España. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1455634601.pdf>
- Chil Cir, 68(2) Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhcir/v68n2/art14.pdf>
- Contreras, J. (marzo,2005). Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. *Oncología (Barcelona)*, 28(3). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037848352005000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037848352005000300002&lng=es&tlng=es)
- Cordeiro, P. (2009). Breast Reconstruction after Surgery for Breast Cancer. *Sociedad médica de Massachusetts*. Recuperado de <http://www.stichtingborstbeeld.nl/wpcontent/uploads/2009/09/breast-reconstruction1.pdf>
- Cunyer, C. (2014). Procesos Oncológicos y afectación de la imagen corporal. (monografía de pregrado). UIC Universidad Internacional de Catalunya. Recuperado de

- [https://www.recerca.cat/bitstream/handle/2072/242793/Anna\\_Maria\\_Cunyer\\_Comenge.pdf?sequence=1](https://www.recerca.cat/bitstream/handle/2072/242793/Anna_Maria_Cunyer_Comenge.pdf?sequence=1)
- Díaz, S., Sánchez, R., Lehmann, C., Figueredo, C., Duque, A., Orduz, A., Perry, F., Ramírez, M., Ángel, J., Duarte, J., García, Ó., García, M., y Guzmán, L. (2014). Impacto de las complicaciones post reconstrucción mamaria en el tratamiento sistémico del cáncer de mama. *Revista Colombiana de Cancerología*. Vol. 18(3). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123901514000523>
- Durand, R. Guerrero, P. y Voyses, L. (2016). Percepción de las Mujeres Mastectomizadas en la Autoestima, Imagen Corporal y Relación de Pareja. Perú-Lima. Recuperado de [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/778/Percepcion\\_DurandAramburu\\_Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/778/Percepcion_DurandAramburu_Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- FACIT (2019). FACIT Administration and Scoring Guidelines. Recuperado de <http://www.facit.org/FACITOrg>
- Fernández, J. Fernández, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Salud pública*, 84(2). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005)
- Font, A. & Cardoso, A. (2009) Afrontamiento En Cáncer De Mama: Pensamientos, Conductas Y Reacciones Emocionales. Vol. 6 (1). Recuperado de [https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/vol6\\_numero1/articulo2.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/vol6_numero1/articulo2.pdf)
- Font, A. y Cardoso, A. (2009). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-1 Colombia. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005)
- García, C. y González, V. (2007) Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1). Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/559>
- Garza, J. & Juárez, P. (2014). El Cáncer. México: La ciencia a tu alcance. Recuperado de [http://eprints.uanl.mx/3465/1/El\\_Cancer.pdf](http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf)
- Garzón, C., Gomes, S., Teles, D., Nogueira, D., Araújo, J. & Araújo, P. (2013). The impact of breast reconstruction on the quality of life of patients after mastectomy at the Plastic Surgery Service of Walter Cantídio University Hospital. 28(1). *Rev. Bras Cir Plást.* Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/en\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/en_17.pdf)
- Gavric, Z., y Vukovic-Kostic, Z. (2015). Evaluación de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de

- mama. *Revista mundial de ciencias de la salud*, 8 (9), 52792. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5064088/>
- Giraldo, I. (2017). *Calidad de Vida y Ajuste Psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria*. (monografía de pregrado). Universidad del País Vasco. Recuperado de [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22528/Giraldo\\_Fern%C3%A1ndez\\_Isabel\\_%20Reconstrucci%C3%B3n%20mamaria\\_tfg.pdf?sequence=1](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22528/Giraldo_Fern%C3%A1ndez_Isabel_%20Reconstrucci%C3%B3n%20mamaria_tfg.pdf?sequence=1)
- Gobernación del Meta. (2016). Código Municipal 5001. [en línea] recuperado de [https://intranet.meta.gov.co/secciones\\_archivos/461-27597.pdf](https://intranet.meta.gov.co/secciones_archivos/461-27597.pdf)
- Gómez, T., Gómez, S., Lara, C., Tejedor, L. (2016). Satisfacción de la reconstrucción mamaria tras mastectomía: diferencias entre la colocación de expansor-prótesis y uso del colgajo de dorsal ancho. *Revista de senología y patología mamaria*, 29(1). Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revistarevista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-satisfaccion-reconstruccion-mamaria-trasmastectomia-S0214158215001176>
- Gorman, L. (s.f.). *The Psychosocial Impact of Cancer on the Individual, Family, and Society*. Sociedad de Enfermeros oncológicos. Capítulo 1. Recuperado de [https://www.ons.org/sites/default/files/publication\\_pdfs/Sample%20Chapter%200554%20PsyNs%20gCare2nd.pdf](https://www.ons.org/sites/default/files/publication_pdfs/Sample%20Chapter%200554%20PsyNs%20gCare2nd.pdf)
- Hernández, F y Landero, R. (2013). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *summa psicológica UST*. Vol. 11(1). México. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808694>
- Hernández, L. (2016). *La mujer con Cáncer de Mama: Una Experiencia desde la Perspectiva del Cuidado Humano*. Elsevier,13(4). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria400-articulo-la-mujer-con-cancer-mama-S1665706316300409>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. [versión DX Reader]. Recuperado de [http://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
- Herrera, et al. (2018). *Boletín epidemiológico periodo VI*. Secretaría Local de Salud. Villavicencio- Meta. Recuperado de [http://www.villavicencio.gov.co/Documents/BOLETIN\\_EPIDEMIOLOGICO\\_VILLAVICENCIO\\_PERIODO\\_8\\_DE\\_2018.pdf](http://www.villavicencio.gov.co/Documents/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO_VILLAVICENCIO_PERIODO_8_DE_2018.pdf)
- Hopkins, K.D. & Glass, G.V. (1984). *Statistical methods in education and psychology*. Nueva Jersey: Pearson.
- Hospital Departamental de Villavicencio. (2017). *Hospital departamental de Villavicencio E.S.E*,

- atención humanizada y segura (nuestra entidad y servicios). Villavicencio. Recuperado de <http://hdv.gov.co/servicios/unidad-de-cancer/>
- Hu, E. & Alderman, A. (2007). Breast Reconstruction. *Surg Clin N Am* 87. P. 453–467. [PDF] Recuperado de [https://www.swancenteratlanta.com/wp-content/uploads/2016/06/SurgicalClinicsofNA\\_2007\\_872.pdf](https://www.swancenteratlanta.com/wp-content/uploads/2016/06/SurgicalClinicsofNA_2007_872.pdf)
- Ibáñez, E. y Andreu, Y. (1988). Calidad de vida y Psicología Oncológica. España. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/64574/88600&a=bi&pagenu mber=1&w=100>
- Inche J., Andía, Y., Huamanchumo H., López, M., Vizcarra, J., y Flores, G. (2003). Paradigma cuantitativo: un enfoque empírico y analítico. *Industrial Data*, 6(1). Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/idata/article/download/5938/5144>
- Ley 1090. (2006 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.”.Diario Oficial No.46383. Recuperado de [https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos\\_de\\_usuario/Documentos/Documentos\\_Investigacion/Docs\\_Comite\\_Etica/Ley\\_1090\\_2006\\_-\\_Psicologia\\_unisabana.pdf](https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf)
- Ley 1384. (2010). Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Diario Oficial No. 47.685. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1384010.pdf>
- Llinares, L., Benedito, M., y Piqueras, Á. (2010). El enfermo de Cáncer: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología & Sociedade*, 22(2). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/12.pdf>
- Londoño, M. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. *Poiésis*, 33. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2504/1921>
- López, A., y Vicente, J. (marzo, 2017). Retorno al trabajo tras cáncer de mama. *Revista Scielo* 66(246). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2017000100051](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000100051)
- López, P., Priego, H., Bracqbien, C. & Ramos, A. (2015). ¿Por qué las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria en el sistema de seguridad social? *Psicología y Salud*, 25(2). Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1825/3337>
- Marré, D. Gantz, J. Villalón, J. y Roco, H. (2016). Reconstrucción mamaria: estado actual del tema.
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, Ó., & Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología* 13(1). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-delcancer-mama-X1665920114278797>

- Martínez, V. (2018). Informe de evento Cáncer de mama y cuello uterino Colombia 2018. Instituto nacional de salud. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/C%C3%81NCER%20DE%20MA%20Y%20CUELLO%20UTERINO%20SEMESTRE%20I%202018.pdf>
- Masià, J. y Bauzà, E. (2017). Reconstrucción mamaria y calidad de vida. *Psicooncología*, 14(2-3).
- Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Recuperado de <http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/121/62>
- Mera P. y Ortiz, M (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Revista de la terapia psicológica*, 30(3) Chile. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art07.pdf>
- Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2009). Garantizar la Funcionalidad de los Procedimientos de Consentimiento Informado. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-unaenfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
- Mohammed, A., Huda, A., Samira, A., Kawther, E., Mustafa, A., Hamdan, A. & Mansour, A. (2014). Psychosocial Impact of Breast Cancer Diagnosis Among Omani Women. *Oman Medical Journal*, 29(6). Recuperado de [http://www.omjournal.org/images/590\\_M\\_Deatials\\_Pdf\\_.pdf](http://www.omjournal.org/images/590_M_Deatials_Pdf_.pdf)
- Molano N., & Vélez, P. (2016). Percepción acerca del cáncer de mama en un grupo de mujeres de un hospital en Popayán, Colombia. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 13(2). Recuperado de <http://oaji.net/articles/2017/3835-1494604469.pdf>
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en psicología*, 16(1). Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Oiz, B. (2005). Reconstrucción Mamaria y Beneficio Psicológico. *SciELO Analytics*, 28(2) Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272005000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003)
- Olivares, M. (2007). Cirugía Mamaria. Aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/38820056.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Cáncer: Datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Perry, S. Kowalski, T & Chang, C. (2007). Health and Quality of Life Outcomes. Chicago Recuperado de: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-5-24>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología* 23(1).

- Recuperado de [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015\\_1/Carlos\\_Ramos.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf)
- Recalde, M. & Samudio, M. (2012). Calidad De Vida En Pacientes Con Cáncer De Mama En Tratamiento Oncológico Ambulatorio En El Instituto De Previsión Social En El Año 2010.10 (2). Paraguay.
- Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/57087/51523>
- Rincón, M., Pérez, M., Borda, M. y Martín, A. (abril, 2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672012000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000100003)
- Rivero, B., Piqueras, R., Ramos, L., García, L., Martínez, G., & Oblitas, G. (marzo, 2008). Psicología y Cáncer. *Revista Suma Psicológica*, 15(1) Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604007>
- Rodríguez, R. (2013). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, en tratamiento quimioterápico. Caso Rosaura. Recuperado de [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2727/Calidad\\_Rodriguez.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2727/Calidad_Rodriguez.pdf?sequence=1)
- Ruiz, P., y Almansa, M. (2012). Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera. *Index de Enfermería*, 21(4). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300003>
- Sánchez, R., Sierra, F. y López, D. (2012). Validación colombiana de la escala FACT-B para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Obstetricia y Oncología*, 63(3). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v63n3/v63n3a02.pdf>
- Sánchez, T. (2015). Efectos Psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del psicólogo*, 36(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/778/77834057008/>
- Secretaría de Salud Departamental del Meta. (octubre, 2017). El Meta se une al Día Internacional de la Prevención del Cáncer de Mama. Secretaría de salud, boletín de prensa No. 4081. Recuperado de <http://www.meta.gov.co/web/blog/el-meta-se-une-al-d%C3%ADa-internacional-de-laprevenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer-de-mama>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3). Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)
- Varela, M. Valadez, M. Rivera, M y Montes, R. (2017). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con

- cáncer de mama: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 16(4). Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/10893/16169>
- Vinaccia, S. y Quiceno, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Revista Psychologia Avances de la disciplina*, 6(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>
- Zapata, C. y Grisales, R. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 28(1). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9667/v28n1a02.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## Anexos

### Anexo 1. Informe entrega de resultados

#### Informe entrega de resultados

**Nombre de investigación:** Calidad de vida de Mujeres con Reconstrucción Mamaria

**Autoras:** Cindy Adelaida Chávez Hernández, Thalía Gyssel Ocampo Parra, Angie Lizeth Duarte Ariza

**Facultad:** Psicología

**Fecha de aplicación del instrumento:** 15 de noviembre del 2018

**Docente a cargo:** Lina Pacheco

El presente estudio se realizó con el fin de describir la calidad de vida que evidencian las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se han sometido a cirugía de reconstrucción mamaria de tipo autóloga en el Hospital Departamental de Villavicencio. Debido a las revisiones realizadas, se ha podido evidenciar que el padecimiento del cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública en Colombia ya que Martínez (2018), plantea unas cifras significativas que muestran un aumento en el número de casos registrados en el periodo comprendido entre el año 2016 al 2018; para el 2016 se diagnosticaron 770 casos, para el 2017 se duplica la cifra encontrando 1.753 casos y para el 2018 aumentó la cifra notificando 2.311 casos confirmados. Así mismo el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), informo que los casos aumentaron notoriamente en el año 2017 en el departamento del Meta (Herrera et al. 2018). Teniendo en cuenta lo anterior es importante para los profesionales de psicología estudiar las consecuencias psico afectivas y sociales que afectan la calidad de vida al afrontar alguna enfermedad en este caso el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama.

Después de la respectiva revisión teórica, se hace una elección de 20 pacientes del hospital departamental de Villavicencio las cuales coincidían con la misma técnica de reconstrucción

mamaria (VD) con tejido autologo, entre la edad de 24 a 63 años. A estas pacientes se les hace la respectiva aplicación del instrumento FACT-B validado en

Colombia (Sánchez, Sierra y López, 2012). Posteriormente se realizó el análisis de los resultados obtenidos mediante el programa estadístico SPSS, donde se refleja que la población en general tiene un promedio de 109.8. De acuerdo con los parámetros de la prueba una baja calidad de vida es cuando se arroja un puntaje de 80 para abajo y de 80 para arriba es una buena calidad de vida, lo que quiere decir que en promedio las pacientes que participaron en esta investigación tienen una buena calidad de vida.

En cuanto a las sub escalas que evaluaba la prueba se puede decir que la denominada como estado físico general de la salud fue la que tuvo mejor puntuación por las pacientes, y la escala de más baja puntuación, pero no alarmante, fue la de otras preocupaciones; en esta escala se evaluaba la calidad de vida, pero más enfocada a la enfermedad de cáncer de mama

Se evidencio que las pacientes que son sometidas a la reconstrucción mamaria, muestran resultados favorables en su calidad de vida ya que ésta revierte los daños tanto físicos como psicológicos, es decir, la cirugía reconstructiva y el acompañamiento psicológico juegan un papel muy importante en todo el proceso, debido a que les brinda las herramientas para afrontar esta enfermedad y seguir con las labores diarias y el cumplimiento que el contexto le exige.

Acepto haber recibido la entrega de los resultados:

SI

NO

---

CC.

## **Anexo 2. Formato de Consentimiento Informado**

### **CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON RECONSTRUCCION MAMARIA**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE PRUEBAS**

	<b>I</b>	<b>M</b>	<b>AA</b>
<b>D</b>	<b>M</b>	<b>AA</b>	

La presente investigación es conducida por las estudiantes Angie Duarte Ariza identificada con CC. 1122651738 Thalía Ocampo Parra identificada con CC. 1234789362 y Cindy Chávez Hernández identificada CC. 1121853585, de la facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomas Sede Villavicencio, bajo la tutoría de la Docente Lina María Pacheco. Esta investigación se realiza como trabajo de grado para optar al título profesional de las estudiantes, el objetivo es evaluar a través del instrumento que se presenta a continuación, la calidad de vida de mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama y que han tenido reconstrucción mamaria.

Por lo tanto, este documento la invita a vincularse en nuestra investigación en “calidad de participante”, y su tarea si lo desea aceptar la invitación, es diligenciar de manera sincera las preguntas que se le plantean; sin embargo, le presentamos las consideraciones pertinentes para que decida libremente sí desea o no participar.

Condiciones éticas:

Al ejercicio de la profesión de Psicóloga, la reglamenta el Código Deontológico y Bioético a partir de la ley 1090 de 2006. Bajo esta ley, el grupo de estudiantes se acoge para guiar su trabajo de grado y se garantiza que:

1. Confidencialidad, artículo 5, Título II Deberes del Psicólogo frente a los usuarios: Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos.

2. Evaluación de técnicas artículo 5, Título II Deberes del Psicólogo frente a los usuarios, .....Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. ....

3. Investigación con participantes humanos: artículo 9, Título II Deberes del Psicólogo frente a los usuarios, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

4. Artículo 31, Título VII Del Código Deontológico y Bioético para el Ejercicio de la Profesión de Psicología. Para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del usuario.

5. Artículo 45, Título VI del uso de material psicotécnico, se hará aplicación del instrumento con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología.

6. Artículo 50, Título VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, La investigación científica debe basarse en principios de respeto y dignidad

### Confidencialidad

De acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y los decretos 1377 de 2013 y 886 de 2014 en la cual se nombra el manejo de la información, datos personales y base de datos recogidos:

- b) Principio de finalidad: La única finalidad de esta investigación es la de trabajo de grado
- c) Principio de libertad: Si decide participar, sus datos no podrán ser divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento;
- d) Principio de veracidad o calidad: La información obtenida y analizada no se manipulará o alterará, será completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible. Se prohíbe el Tratamiento de datos parciales, incompletos, fraccionados o que induzcan a error;
- e) Principio de transparencia: En el momento en que lo requiera podrá hacer preguntas al personal que aplica el cuestionario y sin restricciones,
- f) Principio de acceso y circulación restringida: El Tratamiento se sujeta a los límites que se derivan de la naturaleza de los datos personales, de las disposiciones de la presente ley y la Constitución. En este sentido, el Tratamiento sólo podrá hacerse por personas autorizadas por el Titular y/o por las personas previstas en la presente ley; Los datos personales, salvo la

información pública, no podrán estar disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, salvo que el acceso sea técnicamente controlable para brindar un conocimiento restringido sólo a los Titulares o terceros autorizados conforme a la presente ley;

g) Principio de seguridad: La información sujeta a Tratamiento por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento a que se refiere la presente ley, se deberá manejar con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad a los registros evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento;

h) Principio de confidencialidad: Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma

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

#### Riesgos.

Estas pruebas y sus resultados no implican ningún riesgo físico, o psicológicos. Las respuestas no causarán riesgos o consecuencias en sus finanzas, empleo o reputación, dado que no serán usados los nombres de los partícipes. Aclaraciones.

- La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en la investigación puede retirarse en el momento que desee.
- No tendrá que hacer gasto económico alguno en su participación.
- No recibirá un pago por su participación.

#### CONSENTIMIENTO

Yo: \_\_\_\_\_ Identificada con Documento de identidad:

\_\_\_\_\_ Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objetivo del proceso de investigación y hago constar que he entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Entiendo que los resultados de la aplicación de este instrumento serán informados a los participantes, de manera individual.

Por lo tanto, una vez conocidos los objetivos e implicaciones

Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo mi participación: \_\_\_\_\_

### **Anexo 3. Formato de Ficha Sociodemográfica**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera \_\_\_ Casada \_\_\_ Viuda \_\_\_ Divorciada \_\_\_ Unión Libre \_\_\_ Otro \_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

Tiene pareja estable desde el momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Nivel de Escolaridad: Primaria \_\_\_ Bachiller \_\_\_ Tecnológico \_\_\_ Profesional \_\_\_ Otro cual \_\_\_\_\_

Ocupación: Trabaja \_\_\_\_\_ Estudia \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Ha recibido apoyo familiar desde el momento del diagnóstico y en todo el proceso SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_  
Presenta alguna alteración de tipo psicológica SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cognitiva SI \_\_\_ NO \_\_\_ o Tratamiento Psiquiátrico SI \_\_\_ NO \_\_\_

Actualmente presenta otro tipo de patología o enfermedad grave SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

Tipo(s) de cáncer \_\_\_\_\_ Presentó metástasis SI \_\_\_ NO \_\_\_ Fecha del diagnóstico de cáncer de mama: \_\_\_\_\_

Reconstrucción mamaria realizada: \_ Recibió información previa de los beneficios y complicaciones de la reconstrucción mamaria a realizar: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_

Fecha de la última reconstrucción mamaria realizada: \_\_\_\_\_

Tipo de reconstrucción mamaria: Inmediata \_\_\_\_\_ Diferida \_\_\_\_\_

Tiempo transcurrido entre la mastectomía y reconstrucción mamaria: \_\_\_\_\_ Su reconstrucción mamaria finaliza con la intervención de areola y pezón: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_

Se siente satisfecha con la finalización del proceso de reconstrucción mamaria: SI \_\_\_ NO \_\_\_