



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVEL DE ALTERACIÓN PSICOLÓGICA POST CIRUGÍA DE
REDUCCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO
EN MUJERES JÓVENES DEL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA

PRESENTADO POR

ALAN HARÍ SILVA AMAYA

ASESOR

JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ

LIMA - PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVEL DE ALTERACIÓN PSICOLÓGICA POST CIRUGÍA DE
REDUCCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO
EN MUJERES JÓVENES DEL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA
ONCOLÓGICA**

**PRESENTADO POR
ALAN HARÍ SILVA AMAYA**

**ASESOR
DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**LIMA - PERÚ
2022**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	5
1.4.1 Importancia	5
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	5
1.5 Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	18
2.3 Definición de términos básicos	24
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis	25
3.2 Variables y su definición operacional	26
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	27
4.2 Diseño muestral	27
4.3 Técnicas de recolección de datos	27
4.4 Procesamiento y análisis de datos	30
4.5 Aspectos éticos	31

CRONOGRAMA	32
PRESUPUESTO	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Instrumento de medición de variables	
4. Tabla de codificación de variables	
5. Consentimiento Informado	

NOMBRE DEL TRABAJO

NIVEL DE ALTERACIÓN PSICOLÓGICA POST CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO

RECUENTO DE PALABRAS

12970 Words

RECUENTO DE CARACTERES

69473 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

52 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

994.7KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 10, 2023 9:13 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 10, 2023 9:14 AM GMT-5

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres a nivel mundial. Se han reportado más de 20 millones de casos el 2018, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. (1) En Perú, el cáncer de mama se ubica en el segundo lugar después del cáncer de cérvix, con una tasa de prevalencia de 40 casos por 100 000 habitantes (2). En Lima, el 2018, el Instituto de Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) registró 1370 casos nuevos de cáncer de mama, de estos 6.7% correspondía a factores hereditarios, y de ellos el 90% tenían una edad menor a los 45 años (3,4).

El cáncer hereditario de mama es el subtipo caracterizado por una predisposición genética, asociado a mutaciones germinales, las cuales son heredadas a través de genes como el BRC1, BCR2 u otros 40 genes de forma minoritaria. Poseer esta condición las hace susceptibles de presentar cáncer de mama a futuro hasta en un 95%. Es por ello, necesario y pertinente, realizar una evaluación genética minuciosa a los familiares en primer y segundo grado de consanguinidad, a los pacientes que tengan una presentación antes de los 45 años, aquellos que registren cáncer en ambos senos, o presenten asociación al cáncer de ovario e incluso tengan algún familiar del sexo masculino con esta afección. La presencia de uno o más de estos factores, indica alta sospecha de un posible caso de cáncer de mama hereditario (5,6).

Actualmente, por el incremento de evaluaciones genéticas en el INEN, se registra un aumento en el diagnóstico del cáncer hereditario de mama, el cual, en tiempos anteriores, no era diagnosticado por falta de tecnología. Los familiares con esta probable predisposición deben ser evaluados en el consultorio de genética y, mediante una exhaustiva selección, indicarles las pruebas correspondientes. Asimismo, en aquellos familiares seleccionados, deben ser evaluados por un mastólogo, para que, con criterios oncológicos, se decida la realización de la cirugía

de reducción de riesgo (5,7).

La cirugía de reducción de riesgo para el cáncer de mama es la mastectomía profiláctica, la cual permite disminuir hasta en un 90% la probabilidad de presentar a futuro dicho cáncer. La decisión de las pacientes de aceptar dicha intervención, muchas veces se da en un escenario complejo debido a que aún muchas de ellas no padecen de cáncer y de realizarse la cirugía, estarían sometidas a traumas físicos y alteraciones psicológicas (7).

El impacto psicológico que genera una cirugía de reducción de riesgo es alto, por la cantidad de variables a tomar en consideración como son la edad, el nivel educativo, las experiencias personales y/o familiares, el conocimiento previo acerca de la enfermedad, las características de la personalidad, entre otros. Todo ello influye notoriamente sobre tres aspectos psicológicos como son la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad (8).

Diversos estudios han demostrado que la reconstrucción mamaria temprana genera un menor impacto negativo sobre la imagen corporal, debido a que no experimentan la ausencia física de las mamas; esta opción es una ventaja que se puede aprovechar en la cirugía de reducción de riesgo pues, a diferencia de aquellas que son intervenidas por cáncer, tienen que esperar en promedio dos años para su reconstrucción (9,10).

Según estudios, se ha visto que hasta un 43% de pacientes sometidas a mastectomía presentan problemas sexuales, y están relacionadas a la pérdida del interés sexual, la falta del disfrute y las dificultades para lograr la excitación y el orgasmo. Además, esta variable está relacionada negativamente a los procedimientos quirúrgicos agresivos como la mastectomía radical, pero de forma contraria, con aquellos tratamientos que incluyan una reconstrucción mamaria inmediata (11,12,13).

Asimismo, otros estudios reportan que las pacientes con cáncer de mama sometidas a una mastectomía radical o conservadora, ven menguada su autoestima mostrando una marcada disminución; contrariamente las pacientes con alta autoestima tienen reacciones opuestas, debido a una sensación firme de

autoeficacia y competencia. Los factores más influyentes reportados negativamente en esta variable son el tipo de tratamiento quirúrgico, el tratamiento adyuvante, una edad de presentación temprana y la falta de apoyo social (14,15,16).

La valoración de las alteraciones psicológicas en el cáncer de mama es un tema complejo por la diversidad de factores que influyen, y más aún en el contexto de mujeres jóvenes con una predisposición genética al cáncer hereditario de mama.

Por eso, en el presente estudio, se ha creído conveniente evaluar tres variables como son la autoestima, la sexualidad y la imagen corporal, porque se cree que son las más importantes e influyentes cuando una paciente joven es sometida a una cirugía de reducción de riesgo. En los últimos años, en el INEN, se han incrementado los casos de cáncer de mama hereditario, debido al aumento en la realización de estudios genéticos en pacientes y/o familiares con factores de riesgo para padecer esta enfermedad, por lo que se hace oportuno y necesario investigar sobre el tema, en especial sobre el cáncer hereditario de mama en mujeres menores de 45 años. Ello con la finalidad de conocer su repercusión en el área psicológica, y además, plantear la conformación de un grupo multidisciplinario que aborde de forma integral y adecuada, la superación y/o afrontamiento de estas alteraciones psicológicas.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de alteración psicológica post cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, durante el año 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de alteración psicológica post cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, durante el año 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar el nivel de alteración psicológica en relación a la imagen corporal post cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, durante el año 2021

Determinar el nivel de alteración psicológica en relación a la sexualidad post cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, durante el año 2021

Determinar el nivel de alteración psicológica en relación a la autoestima post cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, durante el año 2021.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

En los últimos años, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN se registra un incremento en los casos de cáncer de mama hereditario, para lo cual se hace necesario e importante investigar sobre este tema debido a la falta de

estudios. Además, se conoce que este tipo de cáncer de mama presenta características especiales, por lo que es fundamental conocer las repercusiones físicas y psicológicas. Sin embargo, en este estudio se hará énfasis al área psicológica porque juega un rol trascendental para la incorporación y la readaptación a la sociedad.

Asimismo, se tratará de investigar cuáles son las alteraciones psicológicas y cuál de ellas tiene mayor repercusión en las mujeres jóvenes con predisposición al cáncer de mama hereditario sometidas a una cirugía de reducción de riesgo. Con ello se logrará beneficiar a las pacientes de un manejo integral, no sólo médico sino también psicológico, sentando las bases para proponer a futuro la conformación de un comité multidisciplinario y exclusivo para las pacientes jóvenes con cáncer de mama hereditario.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable debido a que contará con el respaldo del Departamento de cirugía de mama y tejidos blandos, así como con todos los permisos necesarios que solicita la institución. La investigación no contraviene con ningún principio de ética, además que contará con el consentimiento de todos los participantes y la autorización de los mismos para emplear dicha información.

El presente estudio es factible porque contará con los recursos necesarios, el tiempo suficiente y la logística adecuada. Los recursos humanos estarán constituidos por el investigador y el asesor. Los recursos financieros serán autofinanciados por no ser excesivos.

Los plazos para la investigación serán adecuados en relación a los factores principales como son los recursos humanos y el tamaño de muestra a investigar. La logística estará en relación a las coordinaciones con el área de informática de la institución para que proporcione la información necesaria y pertinente, y garantice las conclusiones reales y veraces.

1.5 Limitaciones

El presente trabajo por tener una población con características muy específicas se ve limitado en cuanto al número de participantes. Si a esto se le suma que algunas pacientes no desean participar, esto reduce aún más la población en estudio. Por ello, se ha tenido que incluir a la población en su totalidad, a fin de superar dicha limitación. Además, se explicará de forma personalizada a cada paciente, con un lenguaje entendible según su nivel de instrucción. Haciendo énfasis en la confidencialidad y la libertad de retirarse del estudio cuando crean conveniente, tratando con ello, de lograr disminuir el número de rechazos en la participación al presente estudio.

Otra limitación ha sido obtener un diagnóstico genético, debido a los altos costos y los pocos lugares donde se realiza. Todo ello se ha logrado superar, gracias a los convenios que tiene el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con otras instituciones médicas internacionales.

A pesar de todo ello, las limitaciones en el estudio han sido menores por lo que es factible viabilizar y ejecutar el presente proyecto de investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En 2019, Bai investigó en una población sueca las percepciones de las mujeres sobre el resultado cosmético de su reconstrucción mamaria basada en implantes, imagen corporal, sexualidad, síntomas de ansiedad y depresión, y calidad de vida relacionada con la salud. Seis a 20 años después de la mastectomía bilateral reductor de riesgo, se incluyeron a 200 pacientes sometidas a esta cirugía entre los años 1997 y 2010. Se les aplicó el cuestionario QLQ-BRR26, la escala de imagen corporal, el cuestionario de actividad sexual y la escala hospitalaria de ansiedad. No se encontraron diferencias referentes a la calidad de vida relacionada a la salud ni tampoco en los síntomas de ansiedad y depresión, pero sí, para lo relacionado a la sexualidad ($p=0.016$). Se concluyó que los problemas con la imagen corporal persistieron mucho tiempo después de la cirugía de reducción de riesgo, sin embargo, la calidad de vida relacionada a la salud no se vio afectada a lo largo del tiempo. Se indica además que sería útil mejorar el asesoramiento antes de la cirugía para reducir el riesgo de rechazo al procedimiento (17).

Kazzazi et al., en 2018, realizaron un estudio en Reino Unido para comparar la percepción entre pacientes sometidas a mastectomía de reducción de riesgo con y sin reconstrucción mamaria inmediata. Se incluyeron 65 pacientes entre el 2008 y 2014, y se utilizó el cuestionario Breast-Q-TM. La edad promedio fue de 45 años. Las puntuaciones para los síntomas físicos de cada grupo fueron muy similares y la dispersión de los resultados fue la más pequeña (IQR = 16,5), lo que refleja que los pacientes tenían síntomas postoperatorios muy similares. Las puntuaciones de satisfacción para resultado y bienestar psicosocial, también fueron muy similares. La prueba t student pareada mostró que estas dos puntuaciones aumentaron juntas de manera significativa ($R = 0,49$; $P < 0,0001$) y los puntajes de bienestar sexual fueron los más bajos en relación a los demás parámetros. Se concluyó que el grupo terapéutico tuvo una mayor satisfacción en comparación al grupo sin reconstrucción, así como en las otras variables como psicosocial, sexual y físico. El grupo de combinación obtuvo una puntuación baja y los pacientes con mutación del

BRCA, una puntuación más baja aún. El bienestar físico se mantuvo en todos los grupos, excepto en el psicosocial y sexual (18).

En 2017, Brown hizo un análisis cualitativo en mujeres británicas con cáncer de mama que tomaron la decisión de realizarse una mastectomía de reducción de riesgo, entre octubre del 2013 y marzo del 2015. Se incluyeron 34 pacientes, a las cuales se les realizó una entrevista. Las pacientes generalmente no utilizaron estimaciones de riesgo objetivas, de hecho, no consideraron los riesgos y beneficios de la cirugía. Se encontró que las emociones guiaron las decisiones para elegir sobre la operación porque temían al cáncer de mama y querían hacer todo lo posible para evitarlo. Además, la mayoría percibió que cirugía de reducción de riesgo era la opción obvia, por lo que era una decisión fácil y simple. Sin embargo, muchos informaron que tuvieron una extensa deliberación, generalmente dirigida a justificar la decisión original. Se concluyó que las pacientes sometidas a la cirugía de reducción de riesgo estuvieron motivadas por el miedo al cáncer de mama y la necesidad de evitar un posible arrepentimiento, y por no hacer todo lo posible para evitarlo. Sugirió que las decisiones que se toma a favor de la cirugía, basadas en el factor emocional, deberían ser respetadas como decisiones autónomas, siempre que las pacientes hayan considerado los riesgos y beneficios (19).

Unukovich et al., en 2016, investigaron la asociación entre las reoperaciones después de la reducción del riesgo contralateral y los problemas emocionales, la imagen corporal, la sexualidad y la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres suecas con cáncer de mama y alto riesgo hereditario. El estudio incluyó a 80 mujeres que se realizaron cirugía de reducción de riesgo y reconstrucción mamaria entre los años 1998 y 2010. Ellas fueron evaluadas mediante los cuestionarios compuestos por la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, la escala de imagen corporal y el cuestionario de actividad sexual, preoperatoriamente y dos años después de la cirugía. Hubo una tasa de respuesta del 76% antes de la operación y 71% en el seguimiento a dos años. En el seguimiento, se reportó que un 55% se había sometido a más de una reoperación y un 81% manifestaron estar insatisfechas con su imagen corporal. No hubo diferencias estadísticamente significativas de la asociación para las variables de sexualidad, ansiedad y calidad de vida. Se concluyó que sí hubo asociación entre la cirugía de reducción de riesgo

más reconstrucción y los problemas psicológicos relacionados con la imagen corporal. (20)

Núñez et al., en 2018, buscaron identificar la probable relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres post mastectomizadas, en Cali, Colombia. La población estuvo conformada por 37 pacientes con cáncer mamario de todos los estadios. Se encontró que la imagen corporal, así como las estrategias de afrontamiento, no fueron cambiantes en relación al tipo de cirugía, tiempo de diagnóstico o estadios clínicos, pero se identificó contradictoriamente, que aquellas pacientes que no se les realizó ninguna cirugía evidenciaron mayor compromiso en su imagen corporal que en aquellas que sí se sometieron a una. Se reportó que las alteraciones en la imagen corporal no fueron notorias en los tres primeros años postcirugía. Asimismo, los factores como edad, grado de educación y estado marital fueron los mejores predictores de calidad de vida (9).

En 2015, Razdan realizó una revisión sistemática para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes sometidas a mastectomía profiláctica bilateral con o sin reconstrucción, para lo cual se realizó una revisión de la literatura desde 1966 hasta el 2014 en las bases de datos de PRISMA. PubMed, Embase, PsycINFO, Web of Science, Scopus y Cochrane. En la búsqueda inicial, se revisaron 1082 estudios, de los cuales 22 cumplieron con los criterios de inclusión. Se informó que posterior a la mastectomía profiláctica bilateral, un 69 a 83% de pacientes se mostraron satisfechas con los resultados y tuvieron un alto nivel de bienestar psicosocial e imagen corporal; sin embargo, entre un 40 a 68% de pacientes presentaron un mal bienestar sexual y una deficiente función somatosensorial. La vulnerabilidad, el malestar psicológico y la angustia preoperatoria fueron importantes predictores negativos de calidad de vida e imagen corporal post cirugía. Se concluyó que existe una escasez de datos de alta calidad debido a la diversidad de factores a tomar en cuenta, por lo cual se hace necesario implementar nuevos instrumentos de medición para futuros estudios, y con ello permita brindar una adecuada información referente a la cirugía de reducción de riesgo (21).

Van Driel et al., en 2016, realizaron un estudio para identificar los factores psicológicos que están relacionados a la decisión de la cirugía de reducción de riesgo. Participaron 486 mujeres holandesas con antecedentes familiares de cáncer

de mama, a quienes se les aplicó la escala cancer worry, la escala de afecto positivo y negativo, la escala de control personal percibido, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, y la escala del estado de ansiedad, además de preguntas referentes a las características sociodemográficas y sus antecedentes familiares oncológicos. Se utilizó la regresión logística multivariante para analizar la relación entre los factores psicológicos y la intención de las mujeres de optar por la cirugía de reducción de riesgo. Los factores asociados fueron un alto afecto positivo (OR =1,86), un alto afecto negativo (OR = 2,52), una gran preocupación por el cáncer (OR = 1,65), un alto control personal percibido (OR = 3,58), una alta percepción de riesgo (OR = 1,85) y tener hijos (OR = 2,06). Se concluyó que los afectos negativos y positivos juegan un papel importante a la hora de decidir por la cirugía de reducción de riesgo, así como el control personal percibido durante este momento y la información brindada de los riesgos y beneficios de la misma (8).

Janowski et al., en 2019, determinaron la influencia del apoyo social sobre el funcionamiento psicosocial en mujeres mastectomizadas. Participaron 70 mujeres ucranianas entre 26 y 87 años con antecedentes de mastectomía, que completaron los cuestionarios de medición como la escala de evaluación relacionada con la enfermedad, la escala de aceptación de la vida con la enfermedad y el inventario de depresión de Beck. Se reportó que los niveles más altos de apoyo social mostraron niveles significativamente más bajos de síntomas depresivos, las evaluaciones más altas de su enfermedad en términos de desafío y valor, y las evaluaciones más bajas de su enfermedad en términos de obstáculo y pérdida. Las mujeres con mayor apoyo social revelaron niveles más altos de aceptación de la enfermedad en comparación con aquellos con menos apoyo social. Los análisis de regresión mostraron que lo espiritual fue el tipo de soporte que representó significativamente la variación en la mayoría de índices de funcionamiento. Se concluyó que el proceso de adaptación psicológica en el cáncer mamario depende de diversas variables; siendo lo principal el apoyo social, y como parte importante de esto, el apoyo espiritual, el cual fue un contribuyente significativo para el proceso de adaptación y afrontamiento (22).

En 2018, Jing realizó una revisión de literatura entre el 2000 y el 2017 para evaluar la prevalencia y la gravedad de las mujeres con disfunción sexual en mujeres con cáncer de mama. Se realizó búsqueda en las bases de datos de pubmed, embase,

cochrane library, CNKI, wanfang data y VIP, seleccionando 19 estudios. Se encontró que la prevalencia de la disfunción sexual en cáncer de mama fue del 73.4% y el promedio de la puntuación total del Índice de función sexual femenina fue 19,28. Entre las mujeres asiáticas, americanas y europeas con cáncer de mama hubo diferencias significativas en la prevalencia de disfunción sexual ($P < 0,001$), y hubo una diferencia marginalmente significativa ($P = 0.07$) en la función sexual entre estos grupos. Se concluyó que las mujeres con cáncer de mama tienen una alta prevalencia de disfunción sexual y una baja función sexual, de ello las mujeres estadounidenses tienen la mayor prevalencia de disfunción sexual y las mujeres asiáticas tienen la función sexual más baja. Además, la prevalencia de disfunción sexual en China fue ligeramente más alta que en otros países (23).

Pintado et al., en 2016, evaluaron el funcionamiento sexual y la satisfacción marital en pacientes con cáncer de mama. Participaron 154 pacientes mexicanas con un promedio de edad de 50.6 años, a quienes se les realizó cirugía conservadora en un 49% y mastectomía radical en un 51%. El promedio de la escala total del índice de función sexual femenina fue del 18,15. El mayor puntaje de la escala fue 36, lo cual indica un bajo funcionamiento sexual. Se encontró resultados positivos entre el funcionamiento sexual y la satisfacción marital, con correlación positivas y significativas en deseo ($p < 0.01$), orgasmo ($p < 0.01$) y satisfacción ($p < 0.01$). Se concluyó que hubo un desequilibrio entre el ámbito sexual de las pacientes de mayor edad y a quienes se les realizó una mastectomía radical. Asimismo, las pacientes con los más altos niveles de satisfacción en su relación de pareja mostraron mejor ajuste sexual (12).

Lopes et al., en 2016, valoraron la evidencia científica de la repercusión de la sexualidad femenina durante el transcurso de su tratamiento por cáncer mamario. Se hizo una revisión entre los años 2009 y 2014 en medline, pubmed, lilacs y scielo, seleccionando 21 trabajos que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados revelaron que las mujeres con cáncer mamario pueden aminorar o suspender su actividad sexual durante el tratamiento, mostrando diversos grados de alteración de acuerdo a las etapas de tratamiento. Los factores de riesgo predominantes son la edad avanzada y los estadios clínicos, y en menor proporción el grado de educación. Asimismo, la mayoría de pacientes mostraron un deterioro notorio en su sexualidad dentro de los seis primeros años del diagnóstico. Se concluyó que

durante el tratamiento para el cáncer de mama se disminuye notoriamente la actividad sexual debido a las diferentes disfunciones sexuales que se presentan (13).

En 2017, Baptiste realizó un estudio para determinar cuáles son las principales motivaciones para realizar una mastectomía profiláctica contralateral en mujeres estadounidenses. Participaron 113 pacientes de cuatro hospitales afiliados a la Universidad de Indiana. Se realizó una entrevista donde se tomaron en cuenta las once causas más frecuentes entre las que incluyeron, la reducción del riesgo a largo plazo, la preservación de la simetría mamaria, el evitar las futuras consultas médicas y tratamientos posteriores. Dentro de los resultados, se encontró que la principal motivación fue la reducción del riesgo a largo plazo. El bajo nivel socioeconómico asoció como mayor motivación, a la reducción del riesgo a largo plazo y el evitar tratamientos futuros. Las participantes de mayor edad tuvieron como principal motivación evitar tratamientos futuros; y las más jóvenes con mayor nivel de educativo, manifestaron estar más preocupadas por la simetría mamaria. Finalmente, se concluyó que la reducción del riesgo a largo plazo es la principal motivación en todos los grupos, pero esta puede variar cuando intervienen otros factores como la edad, la educación o el nivel socioeconómico (24).

Favez et al, en 2021, evaluaron la influencia de la imagen corporal, la actividad sexual y los efectos secundarios de la mastectomía durante el primer año. Participaron 110 mujeres suizas con cáncer de mama no metastásico, que tuvieron seguimiento a las dos semanas, tres meses y un año del post operatorio. Se utilizaron cuestionarios para evaluar las tendencias de apego manifiestas como evitación y ansiedad; datos médicos como estadio del cáncer y tratamiento oncológico; e información sociodemográfica. Dentro de los resultados, se encontró que al contar con más tendencias de apego evitativo y ansioso, esta se asociaba a una imagen corporal más negativa, menor edad y haber sido sometida a una mastectomía. Asimismo, considerar más tendencias de apego evitativo, se relacionó a ser sexualmente menos activa y haber recibido quimioterapia neoadyuvante o terapia hormonal adyuvante, mientras que el ser más joven y tener una relación marital estable, se asoció a ser sexualmente más activa; y que las tendencias de apego no se asociaron a la intensidad de los efectos secundarios, pero las etapas más avanzadas de cáncer si se relacionaron con mayores efectos

secundarios. Finalmente, se concluyó que las mujeres con tendencias de apego evitativo y ansioso pueden ser especialmente vulnerables a las consecuencias del tratamiento oncológico, y aún más en aquellas pacientes con alteración en la imagen corporal y la actividad sexual (25).

En 2016, Glassey realizó una revisión bibliográfica entre julio del 2014 y julio del 2015, con el objetivo de conocer la literatura actual de las experiencias psicológicas posteriores a una mastectomía profiláctica bilateral y las necesidades de información de las mujeres más jóvenes con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama. La investigación destacó una variedad de resultados psicológicos relacionados con la mastectomía preventiva, presentando los aspectos positivos como la reducción de la ansiedad y negativos, como la alteración en la imagen corporal y la sexualidad. La literatura revisada sugiere fuertemente que las mujeres desean mayor información sobre la mastectomía profiláctica bilateral, y especialmente acerca de las secuelas y/o consecuencias de la cirugía, así como del impacto en el bienestar psicológico. Se incluyeron 25 artículos de las bases de datos de PsychInfo, PubMed y ProQuest. Se concluyó que en la mayoría de estudios se presta poca o nula atención a las experiencias psicológicas post operatorias, además de haber una gran necesidad de información e interés acerca de la mastectomía profiláctica bilateral en especial en las pacientes más jóvenes, por lo que es necesario e imprescindible que se aborden las necesidades de este grupo para el logro de mejores resultados en el área psicológica (26).

Grogan et al, en 2016, propusieron evaluar los aspectos positivos e impactos negativos de la imagen corporal en mujeres menores de 45 años sometidas a una mastectomía. Participaron 49 mujeres del Reino Unido, entre 29 y 53 años. Ocho pacientes tuvieron mastectomía bilateral y 41 unilateral, además 21 pacientes no tuvieron reconstrucción mamaria inmediata. El análisis inductivo reveló que la estética era un aspecto menos importante que la supervivencia, al ser consideradas por las pacientes. Después de la mastectomía, algunas mujeres informaron haber desarrollado una mayor fuerza y autoeficacia, además de rechazo a los cánones de belleza convencionales, informando que se sentía orgullosa de sus cicatrices. Los efectos del tratamiento, como el aumento de peso, fue la principal preocupación. Sin embargo, los impactos en la confianza corporal fueron muy variables. Finalmente se concluyó que las mujeres jóvenes vieron los cambios

corporales de manera más positiva de lo que se ha informado en estudios cuantitativos, además de ser importante y necesario el soporte profesional más aún en aquellas pacientes que han tenido respuestas negativas, para lo cual es indispensable proporcionar un apoyo personalizado (27).

En 2022, An et al. evaluaron la relación la imagen corporal y la calidad de vida en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y su lugar de residencia. Participaron 354 mujeres chinas post operadas. Se evaluó mediante el cuestionario de autoevaluación de la imagen corporal para el cáncer de mama y la encuesta de salud de formato corto. Se encontró que el 50,28% vivía en zonas rurales. La mejor percepción del cambio de actividad sexual relacionado con la imagen corporal, el cambio de rol y el cambio psicológico se asoció con una mejor condición física y un adecuado bienestar mental. La asociación entre la imagen corporal y el bienestar mental fue mucho más fuerte en pacientes urbanas que en rurales. Finalmente se concluyó que la imagen corporal multidimensional está asociada con el bienestar físico y mental. La imagen corporal juega el rol más importante para un adecuado bienestar mental por lo que se hace necesario incorporar acciones que aborden dichos aspectos, así mismo considerar en el diseño estratégico de afrontamiento programas de atención en entornos rurales y urbanos (28).

En 2016, Paterson realizó una revisión de literatura para definir el estado actual de la ciencia para la imagen corporal en mujeres jóvenes con cáncer de mama. Se buscaron en varias bases de datos como pubmed, psycinfo, cinahl, web of bases de datos knowledge y science direct. Se incluyeron 36 artículos y la mayoría fueron estudios transversales. Las variables como la edad y el tipo de tratamiento tuvieron un impacto significativo en la imagen corporal. El malestar físico, la alteración psicológica, la sexualidad y la relación de pareja se asoció a una mala imagen corporal en las mujeres más jóvenes. Se concluyó que la imagen corporal es una preocupación compleja posterior al tratamiento quirúrgico para las sobrevivientes de cáncer de mama, en especial en las mujeres más jóvenes. Los hallazgos de esta revisión fueron limitadas por el alto nivel de variación en los métodos para evaluar la imagen corporal (29).

Rosenberg et al., en 2020, evaluaron la asociación entre la calidad vida y el bienestar psicosocial en mujeres jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama

durante uno a cinco años post diagnóstico. Participaron 826 mujeres estadounidenses y canadienses, menores de 40 años entre los años 2006 y 2016 que se sometieron a cirugía y completaron evaluaciones de calidad de vida y psicosocial, las cuales incluyeron funcionamiento físico, imagen corporal, sexualidad, ansiedad y síntomas depresivos. El promedio de edad fue de 36,1 años; el 45% se realizó mastectomía bilateral, el 24% mastectomía unilateral y el 31% cirugía de conservación. El 84% tuvo reconstrucción mamaria temprana. La sexualidad y la imagen corporal fueron las variables con puntuación más baja, lo cual determinaba una mayor alteración. La ansiedad mejoró en todos los grupos con el tiempo. La depresión tuvo diferencias mínimas entre todos los grupos durante el seguimiento. Finalmente, se concluyó que la calidad de vida mejora con el tiempo. Asimismo, la imagen corporal, la sexualidad y la ansiedad presentan mayor alteración cuando son sometidas a cirugías más agresivas en comparación a cirugías conservadoras (30).

Salibian et al., en 2018, evaluaron el criterio de los cirujanos plásticos en relación a los protocolos de tratamiento, los patrones de reconstrucción y las necesidades particulares para manejar el cuidado post operatorio del cáncer de mama en mujeres jóvenes. Se incluyeron a pacientes entre 18 y 25 años con mutación BRCA. Se consideró la asociación entre los tipos de procedimientos de reducción de riesgo y el nivel de madurez y autonomía de las pacientes. De los datos obtenidos, se pudo concluir que la mastectomía profiláctica es la mejor forma de solucionar el problema oncológico con menor alteración psicológica. La mastectomía conservadora del pezón y la cirugía reductora de riesgo son los procedimientos más aceptados y solicitados en la población más joven. La reconstrucción mamaria inmediata con implantes debe realizarse solo si ha habido un estudio preoperatorio minucioso. Es necesario y pertinente la formación de un comité multidisciplinario para el manejo del cáncer de mama en mujeres jóvenes, el cual apoye durante todo el proceso de la atención (31).

Sereger et al., en 2019, identificaron los factores que influyen en la toma de decisiones para la realización de una mastectomía profiláctica en portadoras del BRCA. Participaron 95 pacientes alemanas con mutaciones BRCA o con riesgo elevado del síndrome del cáncer mama/ovario. Del total de pacientes, 71 optaron por una vigilancia estricta y 24 por la cirugía profiláctica. Los predictores positivos

asociados a la mastectomía profiláctica fueron la paridad y el estado de mutación. El único predictor psicológico significativo fue la necesidad de seguridad en temas de salud. Los factores como el miedo a los procedimientos quirúrgicos, la menopáusica post cirugía, la pérdida de atractivo o el miedo a las alteraciones sexuales, no afectaron significativamente en la toma de decisión. Se concluyó que la decisión para una mastectomía profiláctica está influenciada por factores objetivos, pero también emocionales. Estos factores son el estado de mutación verificado, la paridad, la necesidad de seguridad en temas de salud y el miedo a contraer cáncer (32).

2.2 Bases teóricas

Cáncer hereditario de mama

El cáncer hereditario se determina por la presencia de dos o más familiares con el mismo tipo de neoplasia antes de los 45 años. Se conoce más de 200 tipos, y estos corresponden a un 5 a 10% de todos ellos. En el Perú, se calcula que entre 2 000 a 12 000 personas presentan algún tipo de cáncer hereditario. Uno de los más frecuentes es el cáncer hereditario de mama (5,6).

El cáncer hereditario de mama está ligado a los genes BCR1 y BCR2, en un 80 a 90%, y mediante estudio genético se puede identificar el tipo específico. En la década del 80, se dio inicio al secuenciamiento y el análisis de ligamiento, con lo cual se determinó con alta precisión al gen responsable de la susceptibilidad oncológica. A partir del 2010, se empezó con la utilización de secuenciadores de última generación y la bioinformática, lo cual permitió el análisis completo del genoma humano, y ubicar los genes de penetrancia alta para el desarrollo oncológico (5,33).

Los genes BRCA1 y BRCA2, se ubican en los cromosomas 17 y 13 respectivamente, son supresores de tumores que regulan el ciclo celular y cumplen un rol fundamental en la prevención del cáncer, pues suprimen la transformación de células normales a cancerígenas. Se transmite de forma vertical a través mutaciones genéticas como parte de la herencia autosómica dominante a ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres, pues está ligado al sexo; y el riesgo de afectación hacia los hijos es del 50%. El poseer un gen BRCA significa tener un 85% de riesgo durante toda la vida de sufrir a futuro cáncer de mama (5,7).

Las mutaciones de los genes BRCA, varía de acuerdo a ciertos aspectos como la presencia del tipo 1 o 2, la variante esporádica o familiar; y las características morfológicas, inmunohistoquímicas o los tipos moleculares. La identificación de estas particularidades nos permite precisar nuestro abordaje sobre el cáncer hereditario y predecir alguna mutación BRCA. Un 90% de estos están vinculados a mutaciones con el BRCA1 y son triples negativos, y los vinculados al BRCA2 son cánceres esporádicos (7).

La evaluación del riesgo para presentar cáncer de mama con mutaciones BRCA1 o BRCA2 es complejo. Conocer los aspectos hereditarios en pacientes con alto riesgo permite conocer quienes presentan una mayor predisposición, y recomendar un asesoramiento genético que aporte una adecuada orientación, educación y valoración del riesgo. Con ello predecir un futuro cáncer de mama, el cual podría ser prevenido mediante la cirugía de reducción de riesgo. (6,7).

Cirugía de reducción de riesgo

La cirugía de reducción de riesgo consiste en realizar una mastectomía con el propósito de disminuir el riesgo futuro de padecer cáncer de mama hasta en un 90%. Se debe tener en cuenta que este procedimiento no evita al 100 %, debido a que se puede dejar algunas células neoplásicas durante la cirugía; es por eso la denominación del término mastectomía profiláctica. Esta mastectomía consiste en reseca una o ambas mamas, las cuales pueden hacerse mediante dos técnicas, la mastectomía total que consiste en realizar una incisión circunferencial que comprometa todo el volumen mamario e incluye la areola y el pezón, y la subcutánea, que consiste en extirpar exclusivamente la glándula mamaria y excluye la piel que cubre la mama y el complejo areola pezón (5,22,34).

Actualmente, los mastólogos prefieren la mastectomía total frente a la subcutánea porque preserva menor tejido residual y evita la recurrencia, por lo que se puede optar posteriormente por la colocación de una prótesis externa o reconstrucción mamaria. Esta puede ser de forma inmediata o diferida, utilizando implantes protésicos o tejidos propios como colgajos abdominales. Los principios básicos de esta cirugía son la simetría y la estética, lo cual conlleva a excelentes resultados postquirúrgicos que repercuten de forma muy positiva en el estado psicológico de la paciente.

La aplicación de la cirugía reductora de riesgo como fin preventivo, puede ser controversial para algunos profesionales de la salud, y de difícil aceptación por parte de los pacientes, debido a que se encuentran asintomáticas y deberán asumir todos los riesgos y complicaciones que trae consigo la cirugía. Por ello, se recomienda solicitar apoyo psicológico antes de decidir realizarse este tipo de cirugía, valorando los pros y contra del procedimiento y las repercusiones psicológicas que pudieran traer consigo (35).

La decisión de realizarse esta cirugía es un momento trascendental pues se trata de un procedimiento irreversible, con una tasa de complicaciones quirúrgicas no despreciable, sumado al cambio radical del aspecto físico, de la sexualidad y el consecuente impacto psicológico. Se debe plantear como una opción preventiva, no una imposición, pues esta debe ser fruto de una decisión madurada, reflexiva y fundamentada.

Alteraciones psicológicas

Las alteraciones psicológicas que se presentan cuando las mujeres se someten a una cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama, están mayormente relacionadas con la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad.

Imagen corporal

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye la percepción parcial o total del cuerpo, así como la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que las personas hacen, sienten o demuestran, según sus propios conocimientos y experiencias (36).

Según diversos autores, existen diferentes tipos que se encuentra relacionadas entre sí, tales como la imagen perceptual, la imagen cognitiva, la imagen emocional y la imagen corporal (9,10,36).

La imagen corporal engloba un concepto multifacético, vinculada con la conciencia de uno mismo, socialmente relacionada con las influencias de su entorno que modifica la percepción de uno mismo. Asimismo, es un constructo cambiante, modificable durante la vida de acuerdo a las propias experiencias, influenciada por sentimientos y pensamiento que se tiene de la propia apariencia física e Influyente en el comportamiento, y no solo por la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente (17,36).

De todas las neoplasias, el cáncer mamario es el que presenta mayor repercusión a la imagen corporal. Las percepciones en contra de esta incluyen insatisfacción con el aspecto físico y una sensación de baja feminidad e integridad física.

Según Núñez, identifica cuatro aspectos que influyen notablemente en el cambio de la imagen corporal y son el grado de discapacidad post mastectomía, la respuesta del ambiente y ayuda social, la disponibilidad y facilidad a la reconstrucción mamaria temprana y el valor que cada uno tiene sobre la alteración física. Todo ello influenciado en conjunto por la idiosincrasia y los pensamientos sobre su aspecto físico, capacidad de adaptación y personalidad (9).

La evaluación de la imagen corporal es una tarea difícil, debido a que existen diversos factores a tomar en cuenta, entre las valoraciones más empleadas se cuenta con la escala de imagen corporal de Hopwood, de estima corporal y la de satisfacción corporal. La escala de Hopwood es la más reconocida y utilizada en pacientes con patología oncológica mamaria, cuenta con diez preguntas relacionadas a la satisfacción física, feminidad, sexualidad, rechazo y aceptación a las secuelas post quirúrgicas, las cuales son valoradas de 0 a 3 puntos dependiendo el grado de severidad (36,37).

Sexualidad

La sexualidad es una variable importante a tomar en cuenta en el cáncer mamario. Se conforma de tres componentes que son el deseo, la satisfacción y el funcionamiento sexual (11).

El deseo sexual es el interés por la actividad sexual, y está formado por aspectos fisiológicos, afectivos y cognitivos. El componente fisiológico se relaciona con las hormonas sexuales, y el control de la libido y la conducta sexual. La dimensión afectiva y cognitiva están vinculadas por la influencia negativa de la intervención quirúrgica sobre su aspecto físico y la autopercepción, que genera durante las prácticas sexuales (11,12).

En diferentes estudios, se ha reportado que hasta un 40% de los casos presentan problemas sexuales, siendo los más frecuentes la falta de deseo sexual, la alteración en la excitación, la falta de placer sexual y la incapacidad para alcanzar el orgasmo (13,23,33).

La sexualidad se basa en dos componentes fundamentales, como son el cuerpo y el placer sexual. El problema de uno de ellos, repercute sobre el otro. Asimismo,

involucra cuatro aspectos como son la manifestación biológica, que es la expresión consciente que las glándulas mamarias forma una parte de toda la anatomía. La mutilación, que es la sensación de la ausencia mamaria como una componente importante del cuerpo; la estructuración mental, determinada por la capacidad intelectual de formar esquemas de representación de la mama como parte del organismo; y la elaboración de la pérdida afectiva, relacionada a la concientización de la ausencia de la mama y el proceso de adaptación (11,23).

Los principales aspectos que influyen la sexualidad en el cáncer mamario son la edad, la relación de pareja, el estado fisiológico, el aspecto físico, el equilibrio afectivo y las alteraciones post quimioterapia. Según Pintado, reporta que hasta los dos meses posteriores a la cirugía se presenta una disminución en el deseo sexual, la dificultad en la excitación y el orgasmo, expresándose como una insatisfacción, en especial en aquellos casos sometidos a mastectomía radical (12,38).

Las pacientes sometidas a cirugías conservadoras presentan menos problemas que con cirugías radicales, en relación al deseo sexual, pero sin diferencias significativas en cuanto a la alteración sexual. Además, se reporta que la reconstrucción mamaria causa menor alteración en el bienestar general cuando esta se realiza de forma inmediata, previniendo el estrés psicológico y la pérdida de la libido (13,38).

En cuanto a la evaluación de la sexualidad, se utilizan varias escalas entre las cuales destacan el sistema de evaluación de rehabilitación en el cáncer, la escala de conducta sexual, el ciclo de respuesta sexual y el índice de funcionamiento sexual de la mujer. Este último, es el más completo y adaptable para estudios de cáncer de mama. Es un instrumento que consta de 19 preguntas, valoradas en un rango de 0 a 2 puntos, dependiendo la frecuencia de la severidad. Evalúa seis aspectos como son el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor, en las últimas cuatro semanas, dando una visión más amplia en el tiempo (12).

La sexualidad indudablemente es afectada por el cáncer mamario, produciéndose diversas alteraciones fisiológicas y psicológicas. Para ello, es importante reconocer si hubo previamente problemas sexuales o fueron consecuencia de la enfermedad,

pues esto nos permitirá identificar la causa primaria, y con ello afrontar adecuadamente con un tratamiento específico sobre las distintas complicaciones como la infertilidad, los cambios anatómicos o los dolores crónicos, lo cual ocasiona en muchas oportunidades alteraciones sexuales notorias (13,23).

Autoestima

La autoestima es otra variable psicológica alterada en el cáncer de mama. Fue definida por Rosenberg como una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, esto incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (39).

La autoestima está formada por dos partes como son la autovalía y el autorrespeto. La primera hace referencia a la autoconfianza en cuanto a su razonamiento y habilidades de pensamiento y comprensión de la realidad, sus intereses y necesidades. Un adecuado nivel de autoeficacia, aumenta el sentimiento de control sobre su propia vida y bienestar emocional. Por su parte el autorrespeto, se plasma como el significado de valor a uno mismo y su relación con el derecho a la vida y a la felicidad (39,40).

La autoestima ha sido muy estudiada en el cáncer mamario, encontrando información precisa sobre su rol y sus relaciones con los factores asociados al bienestar afectivo, el aspecto físico y la sexualidad. Las pacientes muestran alteraciones afectivas debido a una baja autoestima, reportado en algunos estudios como un factor de riesgo para presentar síntomas depresivos. Se ha observado que la autoestima se ve más afectada con los tratamientos agresivos como la mastectomía radical y más aún cuando está asociada a la quimioterapia. En relación a la edad, se ha encontrado que las jóvenes muestran baja autoestima.

Referente al apoyo social se ha visto que juega un rol contradictorio, pues en algunos trabajos se evidencia como factor protector de la autoestima, y en otros se muestra como una influencia negativa. Además, se ha observado en pacientes con alta autoestima, reacciones más negativas comparadas con las que presentan autoestima baja, pues se cree que tienen un pensamiento de autosuficiencia y autoeficiencia, mostrándose reacios a la ayuda, porque creen que esto reflejaría

incapacidad para ser exitosos y con tendencia al fracaso. Además, piensan que si reciben ayuda son débiles, incapaces y dependientes (39,40).

Según Brown, existen muchos aspectos que están vinculados con la estima propia y el cáncer mamario, como la limitación de realizar sus actividades cotidianas, debido a las alteraciones físicas experimentadas. Las pacientes manifestaban que se no sienten seguras, y este sentimiento es un obstáculo para vivir con normalidad. Además, tienen temor a ser estigmatizadas por la enfermedad que padecen y ocultan su enfermedad como un secreto, causando un alejamiento social y discomfort afectivo. El autorrespeto no solamente se ve influenciado por la percepción de sí mismas, sino también por las reacciones de su entorno, algunas pacientes manifiestan que las relaciones sociales son humillantes, porque la gente no las trata con respeto, las compadece, y esta compasión genera un deterioro en su autoestima, sintiéndose estigmatizadas por la enfermedad (19).

La autoestima en el cáncer de mama, puede ser evaluada por varias escalas, pero la más utilizada y adecuada es la escala de autoestima de Rosenberg, pues es de fácil aplicación y adaptación, además de presentar buenas propiedades psicométricas. Consta de diez preguntas, valoradas en un rango de 1 a 4 puntos, según su severidad, en ellas toma en cuenta parámetros como la autoapreciación, la capacidad de ser útiles, la actitud, la satisfacción y el autorrespeto (40).

Finalmente, hay que tener en cuenta que la autoestima al igual que las otras variables como la imagen corporal y la sexualidad, son difíciles de medir, por lo que cada escala trata de objetivizar de la mejor manera estas características, que de forma natural, por su esencia, son de apreciación subjetiva, pero que para fines científicos se trata de plasmar de alguna manera la severidad de la alteración cada variable, y poder determinar cuál es más frecuente y preponderante, a fin de generar soluciones compatibles.

2.3 Definición de términos básicos

Alteraciones psicológicas: Trastornos en el área psicológica que repercute sobre la imagen corporal, la sexualidad y la autoestima de las pacientes con cáncer mamario, que han sido intervenidas quirúrgicamente a una cirugía de reducción de riesgo (41).

Imagen corporal: Es la percepción parcial o total del cuerpo, basada en la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones sobre uno mismo (36).

Sexualidad: Conjunto de características psicológicas y físicas basadas en el deseo sexual, la satisfacción sexual y el funcionamiento sexual (11).

Autoestima: Actitud positiva o negativa sobre sí mismo, sustentada en la autoevaluación de sus propias características (39).

Mujeres jóvenes: Pacientes del sexo femenino con edad menor o igual a 45 años.

Cáncer de mama hereditario: Es el cáncer de mama de origen familiar transmitido por genes con mutaciones germinales, de alta predisposición a desarrollarla como por ejemplo el gen BRC1 y BRC2 (23).

Cirugía de reducción de riesgo: Es la cirugía mamaria, mastectomía, que se realiza en pacientes con alta predisposición genética con el fin de disminuir la probabilidad de padecer cáncer mamario en el futuro (35).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

No requiere hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo

3.2 Variables y su definición operacional

Variable	Definición	Tipo, según su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valores	Medios de verificación	
Alteraciones psicológicas	Imagen corporal	Percepción parcial o total del cuerpo, basada en la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones sobre sí mismo.	Cualitativa	Puntaje 10 ítems (0-30 puntos)	Ordinal	Sin alteración: 21-30 Regular nivel de alteración: 11-20 Alto nivel de alteración: 0-10	Escala de Imagen corporal de Hopwood
	Sexualidad	Conjunto de características físicas y psicológicas basadas el deseo sexual, la satisfacción sexual y el funcionamiento sexual.	Cualitativa	Puntaje 19 ítems (0-38 puntos)	Ordinal	Sin alteración: 20-38 Regular nivel de alteración: 11-19 Alto nivel de alteración: 0-10	Índice de función sexual femenina
	Autoestima	Actitud positiva o negativa sobre sí mismo, sustentada en la autoevaluación de sus propias características	Cualitativa	Puntaje 10 ítems (10-40 puntos)	Ordinal	Sin alteración: 30-40 Regular nivel de alteración: 26-29 Alto nivel de alteración: 10-25	Escala de autoestima de Rosenberg

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Tipo de Investigación

Según la intervención del investigador: el tipo es observacional, pues se recolectará data sin intervención del investigador.

Según el alcance: el tipo será descriptivo pues describirá los resultados obtenidos.

Según el momento de la recolección: el tipo será prospectivo, pues se coleccionará la data desde el inicio del estudio hasta un año en adelante.

Según el número de mediciones de las variables: el tipo será longitudinal, pues se realizará tres evaluaciones al mes, a los 6 meses y al año post cirugía.

El proyecto remitido no propone la realización de una investigación de tipo analítica, por lo tanto, no demostrará causalidad, correlación, relación o asociación de variables. Asimismo, al evidenciar que se trata de un proyecto que pretende una investigación solo de tipo descriptiva, no se emitirán sugerencias metodológicas de otro tipo de estudios.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Mujeres jóvenes sometidas a cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Población de estudio

Pacientes jóvenes sometidas a cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario durante el periodo de 01 de agosto del 2021 al 31 de julio del 2022 que acuda al Dpto. de Mama y tejidos blandos del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Selección de la muestra

El proyecto remitido no propone la utilización de una muestra estadísticamente representativa, por lo tanto, no aplica describir los criterios que han servido para el cálculo como el nivel de confianza o riesgo alfa, potencia o riesgo beta, precisión o margen de error, entre otros.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Instrumentos de recolección y medición de variables

La recolección de pacientes tendrá la siguiente secuencia. Aquellos que ingresen al consultorio de genética o consultorio de mama y tejidos blandos deberán tener el estudio genético de predisposición a cáncer mama hereditario. Serán evaluadas por los médicos del departamento de mamas y tejidos blandos para corroborar si cumplen con los criterios para someterse a la cirugía de reducción de riesgo. Se les entrevistarán para invitarlas a participar del estudio. Se informará sobre los objetivos del estudio. De aceptar su participación, se les solicitará que firmen el consentimiento informado del estudio. Se llenará la ficha de recolección de datos, el cual tendrá un código para facilidad del seguimiento. Posteriormente, se completarán los datos en la ficha de los controles del primer mes, el sexto y el primer año del post operatorio. Se indicará que la información brindada será confidencial y con fines exclusivamente científicos. Tendrá la opción de retirarse en el momento que crean conveniente.

La técnica de recolección de datos será a través de encuesta, tanto para la ficha de recolección de datos del estudio como los cuestionarios de evaluación post operatorio del primer mes, del sexto y del primer año. Los instrumentos de aplicación del estudio, serán a través de cuestionario. La fuente de información siempre será primaria, pues se recabarán los datos a partir de las mismas pacientes, en ningún caso, a través de los familiares.

Se verificará la fecha de la cirugía a través del sistema informático de gestión hospitalaria del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas. A través de su número telefónico se concertará una cita presencial en el consultorio de mamas y

tejidos blandos o en su domicilio. La entrevista tendrá un tiempo aproximado de 45 a 60 minutos.

En los controles post operatorios del primer mes, sexto y primer año, se consignará la fecha de la entrevista. Se llenará tres cuestionarios que serán la escala de imagen corporal de Hopwood, el Índice de función sexual femenina y la escala de autoestima de Rosenberg.

Cuestionario N°1, la escala de imagen corporal de Hopwood, constará de 10 preguntas cerradas. Cada una podrá ser valorada según la siguiente escala. Mucho 0 puntos, moderado 1 punto, poco 2 puntos y nada 3 puntos. El rango de valores será de 0 a 30 puntos. Tendrá tres niveles. Alto nivel de alteración de 0 a 10 puntos, regular nivel de alteración de 11 a 20 puntos y sin alteración de 21 a 30 puntos.

Cuestionario N°2, el índice de función sexual femenina, constará de 19 preguntas cerradas. Cada una podrá ser valorada según la siguiente escala. De la pregunta 1 a la 11 como malo con 0 puntos, regular 1 punto y bueno 2 puntos. De la pregunta 12 a la 14 como nada satisfecha con 0 puntos, poco satisfecha 1 punto y muy satisfecha 2 puntos. De la pregunta 15 a la 19 como mucho discomfort con 0 puntos, poco o algo de discomfort 1 punto y nada de discomfort 2 puntos. El rango de valores será de 0 a 38 puntos. Tendrá tres niveles. Alto nivel de alteración de 0 a 10 puntos, regular nivel de alteración de 11 a 19 puntos y sin alteración de 20 a 38 puntos.

Cuestionario N°3, la escala de autoestima de Rosenberg, constará de 10 preguntas cerradas. Cada una podrá ser valorada según la siguiente escala. De la pregunta 1 a la 5 como muy en desacuerdo con 1 punto, en desacuerdo 2 puntos, de acuerdo 3 puntos y muy de acuerdo 4 puntos. De la pregunta 6 a la 10 como muy en desacuerdo con 4 puntos, en desacuerdo 3 puntos, de acuerdo 2 puntos y muy de acuerdo 1 punto. El rango de valores será de 0 a 30 puntos. Tendrá tres niveles. Alto nivel de alteración de 10 a 25 puntos, regular nivel de alteración de 26 a 29 puntos y sin alteración de 30 a 40 puntos.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El registro de datos se consignará en una computadora marca hp modelo pavilion con procesador intel core i5-10400F con processor de 2.90GHz y 12MB, sistema operativo windows 10, memoria 8.0 GB, DDR4-3200, DDR4 UDIMM 3200MHz y almacenamiento interno de 1TB. Los resultados serán registrados en las fichas de recolección de datos, consignando los datos generales de las pacientes, así como los puntajes de los tres cuestionarios de las tres evaluaciones postoperatorias, es decir del primer mes, del sexto y del primer año.

La información será procesada utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, y por ser un estudio descriptivo no se realizarán pruebas estadísticas, Se consignarán los puntajes de forma independiente de cada una de las escalas en sus tres seguimientos para evaluar la variación de su grado de alteración con respecto al tiempo. Los datos serán tabulados en tablas de doble entrada, para visualizar los valores y porcentajes de las tres variables, imagen corporal, sexualidad y autoestima en sus tres momentos de seguimiento.

Con respecto a las variables generales serán tabuladas como sus valores y porcentajes de las variables, tipo de cirugía y reconstrucción, grupo etario y grado de instrucción en tablas de doble entrada.

.

4.5 Aspectos éticos

En el presente trabajo, se ingresará a todos los pacientes que hayan expresado previamente la aceptación de ser incluidos en la base de datos. Se respetará la confidencialidad y discreción de toda la información recabada. Se tendrá en cuenta la aceptación del retiro de los participantes en cualquier fase del estudio.

No existe probabilidad de atentar contra los derechos de los participantes, pues se contará con el consentimiento de participación respectivo, así como de la institución, con ello se garantiza en cumplir con todos los estándares internacionales de participación de estudios de investigación, como estipula el código de ética y deontología del colegio médico del Perú en sus artículos 42 y 63, la declaración de Helsinki y las normas del consejo internacional de organizaciones de las ciencias médicas (33,34,35).

Cabe resaltar que tratándose este trabajo de tipo descriptivo no habrá mayores inconvenientes por carecer de manipulación de variables.

CRONOGRAMA

Fases	2021							2022										
	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Redacción final del proyecto de investigación	X																	
Aprobación del proyecto de Investigación		X																
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Procesamiento y análisis de datos															X			
Elaboración del informe																X		
Correcciones del trabajo de investigación																	X	
Aprobación del trabajo de investigación																		X
Publicación del artículo científico																		X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Materiales de escritorio	300.00
Soporte técnico especializado	750.00
Encuadernado de la tesis	350.00
Impresiones y copias	600.00
Logística	800.00
Refrigerio y movilidad	750.00
Total	3550.00

La fuente de financiamiento será asumida por el investigador, por ser un monto accesible.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- International Agency for Research on Cancer. World Health Organization [Internet]: Lyon, France: Global cancer observatory [Citado el 3 Jul 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
- 2.- Luna J. Cáncer de mama en mujeres adultas mayores: Análisis del registro de cáncer de base poblacional de Lima Metropolitana. Acta Med Perú. 2019; 36(1): 72-3.
- 3.- Ministerio de Salud del Perú [Internet]: Lima, Perú: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Citado el 3 Jul 2020]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>.
- 4.- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú. 2018; 27(31): 696-720.
5. Villena M, Gómez H, Castro M, Mantilla R, Tejada R. Características clínicas, patológicas y evolución en pacientes con cáncer de mama hereditario y esporádico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Acta cancerol. 2012; 40(1):17-22.
6. Buleje J, Guevara M, Acosta O, Huamán F, Danos P, Murillo A et al. Mutational analysis of BCR1 And BCR2 genes in peruvian families with hereditary breast and ovarian cancer. J Molecular genetics & genoma medicine. 2017; 1(1): 1-14.
7. Tung N, Boughey J, Pierce L, Robson M, Bedrosian I, Dietz J et al. Management of hereditary breast cancer : American society of clinical oncology, American society for radiation oncology and Society of surgical oncology guideline. J clin oncol. 2020; 38(1): 1-29.
8. Van Driel C, Oosterwijk J, Meijers-Heijboer E, Van Asperen I. Psychological factors associated with the intention to choose for risk-reducing mastectomy in family cancer clinic attendees. Journal The breast. 2016; 30(3): 66-72.
9. Núñez C, Navarro A. Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Rev Terapia psicológica. 2018;36:(2):59-69.
10. Kocan S, Gursoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy:A Qualitative Research. J Breast Health Ago 2016; 12(1):145-50.
11. Vasconcelos J, Moreira T, Arbinaga F, Teixeira C. Satisfacción sexual en enfermos de cáncer. Acta Col psicol. 2017; 20(2): 95-05.

12. Pintado S. Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Rev Ginecol Obstet Mex.* 2016; 84(11):679-83.
13. Lopes J, Costa L, Guimaraes J. La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama. *Rev electrónica Trimestral Enf.* 2016; 43(1): 350-68.
14. Collins K, Gree M, Clack A, Wyld L. The psycho-social impact of contralateral risk reducing mastectomy on women: A rapid review. *The european journal of breast cancer.* 2017; 2(1):7-27.
15. Montiel V, Vizcaíno A, Guerra V, Fernández E. Análisis psicométrico de la Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana.* 2016;13 (3): 1-13.
16. Arrieta I, Cárdenas J, García M, Gaviria A. Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de seno: Revisión bibliográfica, una mirada desde la psicología de la salud. *Rev Univ Catol Luis Amigó.* 2019; 3(1) :115-26.
17. Bai L, Arver B, Johanson H, Sandein K, Wickman M. Body image problems women with and without breast cancer 6 -20 years after bilateral risk- reducing surgery. *Journal The breast.* 2019; 44(2):120-7.
18. Kazzazi F, Haggie R, Forouhi P, Kazzazi N, Wyld L, Malata C. A comparison of patient satisfaction (using the Breast-Q questionanaire) with bilateral breast reconstruction following risk-reducing of therapeutic mastectomy. *Journal of plastic reconstructive & aesthetic surgery.* 2018; 71(1): 1324-31.
19. Brown S, Whiting D, Fielden H, Saini P, Beesley H, Holcombe C. Qualitative análisis of how a patient decide that they want risk-reducing mastectomy, and the implications for surgeons in responding to emotionally- motivated patient requests. *Journal The breast.* 2017; 3(2): 2-13.
20. Unukovych D, Wickman M, Sandelin K, Arver B, Johanson H. Associations between reoperations and psychological factors after contralateral risk-reducing mastectomy: A two year follow-up study. *International Journal of breast cancer.* 2016; 2(1):1-7.
21. Razdam S, Patel V, Jewell S, McCarthy C. Quality of life among patients bilateral prophylactic mastectomy: a systematic review of patient-reported outcomes. *Qual Life Res.* 2015; 20(2): 75-94.

22. Janowski K, Tatala M, Jedynak T, Watachowska K. Social support and psychosocial functioning in women after mastectomy. *Rev Palliative and supportive care*. 2019;2(1):1-9.
23. Jing L, Zhang Ch, Li W, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Journal supportive care in cancer*. 2019;1(1):1-10.
24. Baptiste D, MacGeorge E, Venetis M, Mouton A, Friley LB, Pastor R et al. Motivations for contralateral prophylactic mastectomy as a function of socioeconomic status. *BMC Women's Health* 2017; 17(10): 1-9.
25. Favez N, Cairo S. Body image, sexual activity, and side effects of treatments across the first year after surgery in women facing breast cancer: The influence of attachment insecurity *J Psychosocial oncology* 2021; 1(1):1-17.
26. Glassey R, Ives A, Saunders C, Musiello T. Decision making, psychological wellbeing and psychosocial outcomes for high risk women who choose to undergo bilateral prophylactic mastectomy e A review of the literature. *The Breast* 2016; 28(1): 130-5.
27. Grogan S, Mechan J. Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. *J Health Psychology* 2016; 16(1): 1-11.
28. An J, Zhou K, Li M, Li X. Assessing the relationship between body image and quality of life among rural and urban breast cancer survivors in China. *BMC Women's Health* 2022;22(61): 1-10.
29. Paterson C, Lengacher C, Donovan K, Tofthagen C. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors A Systematic Review. *Cancer Nursing* 2016; 39(1): 1-20.
30. Rosenberg S, Dominici L, Gelber S, Poorvu P, Ruddy K, Wong J et al. Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *Jama* 2020; 16(1): 1-8.
31. Salibian A, Frey J, Choi M, Karp N. BRCA Mutations in the Young, HighRisk Female Population: Genetic Testing, Management of Prophylactic Therapies, and Implications for Plastic Surgeons. *J Plastic and reconstructive surgery* 2018; 141(6): 1341-50.
32. Segerer R, Peschel C, Kämmerer U, Häussler S, Wöckel A, Segerer S. Factors Impacting on Decision-Making towards Prophylactic Surgeries in BRCA

- Mutation Carriers and Women with Familial Predisposition. *J Breast care* 2019; 29(1): 1-4.
33. Della Valle A, Acevedo C, Esperón P, Neffa F, Artagaveytia N, Santander G et al. Cáncer de mama y ovario hereditario en Uruguay: Resultados del screening para mutaciones en genes de susceptibilidad por secuenciación de nueva generación. *Rev Med Urug.* 2017; 33(2):102-7.
 34. Tresserra F, Ara C, Montealegre P, Martínez M, Fábregas R, Pascual M. Indicadores de calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer para unidades de mama: encuesta nacional. *Rev Senol Patol Mamar.* 2017; 30(2):45-51.
 35. Allué M, Arribas del Amo M, Guemes A. Mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata como tratamiento y profilaxis del cáncer de mama: Indicaciones, técnicas y complicaciones durante 15 años. *Rev Senol Patol Mamar.* 2019; 32(2):41-7.
 36. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal A. A body image scale for use with cancer patients. *European journal of cancer.* 2001; 37(1):189-97.
 37. Figueroa M, Valadez M, Rivera M, Montes R. Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: Una revisión sistemática. *Rev Universitas Psychologica.* 2017; 16 (4): 1-12.
 38. Espitia F, De La Ossa D. Evaluación de la función sexual en mujeres con cáncer de mama, en el Quindío. *Rev avances en salud.* 2019; 3(2): 8-17.
 - 39.-Eklund M, Backstrom M, Harnsson L. Psychometric evaluation of swedish versión of Rosenberg's self-esteem scale. *Nordic Journal of psychiatry.* 2018; 1(1): 1-7.
 - 40.- Mimura Ch, Griffiths P. A Japanese versión of the Rosenberg Self-Esteem scale: Translation and equivalence assement. *Journal of psychosomatic research.* 2017; 62(2):89-94.
 - 41.-Sierra M. Instrumentos de evaluación psicológica para pacientes oncológicos mexicanos. *Rev Latinoamericana de Medicina Conductual.* 2017; 2(1): 1-11.
 42. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]: Lima [Citado el 14 Mayo 2021]. Disponible en <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/01/CODIGO-DE-ETICA.pdf>

43. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]: Paris [Citado el 14 Mayo 2021]. Disponible en <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
44. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales. [Internet]: Paris [Citado el 14 Mayo 2021]. Disponible en http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumentos de recolección
¿Cuál es el nivel de alteración psicológica post cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2021?	Determinar el nivel de alteración psicológica post cirugía de reducción de riesgo para cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2021	No hay por ser un trabajo descriptivo	Tipo: Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Diseño de estudio: No experimental	-Pacientes que ingrese al Dpto. Mamas y Tejidos blandos, con indicación de cirugía de reducción de riesgo por el diagnóstico de cáncer hereditario de mama entre 01 agosto del 2021 al 31 de Julio del 2022.	1. Ficha de recolección de datos. -Datos generales. 2. Cuestionarios - Escala de Imagen corporal de Hopwood -Índice de función sexual Femenina. -Escala de autoestima de Rosenberg.

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CODIGO N°:

HCI..... Edad: Fecha.....

Dirección.....Procedencia:Teléfono:

Grado de instrucción:

Antecedentes personales:

Antecedentes quirúrgicos:

Antecedentes familiares:

Diagnóstico: (...../...../.....)

Estudio genético: (...../...../.....)

Institución que se realizó:

Genes comprometidos:

Tipo de cirugía mamaria: Fecha.....

Reconstrucción: Inmediata () Diferida ()

Puntaje de las evaluaciones post operatorias

-Primer mes:

Escala de imagen corporal de Hopwood	.....puntos	..... alteración
Índice de función sexual femenina	.....puntos	..... alteración
Escala de autoestima de Rosenberg	.....puntos	..... alteración

-Sexto mes:

Escala de imagen corporal de Hopwood	.....puntos	..... alteración
Índice de función sexual femenina	.....puntos	..... alteración
Escala de autoestima de Rosenberg	.....puntos	..... alteración

-Primer año:

Escala de imagen corporal de Hopwood	..... puntos	..... alteración
Índice de función sexual femenina	.....puntos	..... alteración
Escala de autoestima de Rosenberg	.....puntos	..... alteración

3. Instrumentos de medición de variables

Cuestionario N°1: Escala de imagen corporal de Hopwood

Nada	3 puntos
Poco	2 puntos
Moderado	1 puntos
Mucho	0 puntos

1. ¿Se ha estado Ud. sintiendo acomplejada acerca de su apariencia?
2. ¿Se ha sentido Ud. menos atractiva físicamente como resultado de su enfermedad o tratamiento?
3. ¿Se siente Ud. insatisfecha con su apariencia cuando esta vestida?
4. ¿Se ha estado Ud. sintiendo menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento?
5. ¿Tuvo Ud. dificultad para mirarse desnuda?
6. ¿Se ha estado Ud. sintiendo menos atractiva sexualmente como resultado de su enfermedad o tratamiento?
7. ¿Ha evitado Ud. a la gente por la forma en que se sentía en relación a su apariencia?
8. ¿Siente Ud. que el tratamiento ha dejado su cuerpo menos completo?
9. ¿Se ha sentido Ud. insatisfecha con su cuerpo?
10. ¿Ha estado Ud. insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?

Sin alteración, buena imagen corporal: 21-30 puntos

Regular nivel de alteración, regular imagen corporal: 11-20 puntos

Alto nivel de alteración, mala imagen corporal: 0-10 puntos

Cuestionario N°2: Índice de función sexual femenina

Siempre	2 puntos
Algunas veces	1 puntos
Casi nunca o nunca	0 puntos

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
2. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
3. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
4. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
5. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
7. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
8. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
9. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
10. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
11. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

Bueno	2 puntos
Regular	1 punto
Malo	0 puntos

12. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

Muy satisfecha	2 puntos
Poco satisfecha	1 punto
Nada satisfecha	0 puntos

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

Nada de discomfort	2 puntos
Poco o algo de discomfort	1 punto
Mucho discomfort	0 puntos

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

Sin alteración:	20-38 puntos
Regular nivel de alteración:	11-19 puntos
Alto nivel de alteración:	0-10 puntos

Cuestionario N°3: Escala de autoestima de Rosenberg

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.
5. En general estoy satisfecha de mí misma.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.
9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.
10. A veces creo que no soy buena persona.

Sin alteración, autoestima elevada: 30-40 puntos

Regular nivel de alteración, autoestima media: 26-29 puntos

Alto nivel de alteración, autoestima baja: Menor 25 puntos

4. Tabla de codificación de variables

Variable		Categorías	Códigos para la base de datos
Alteraciones psicológicas	Imagen corporal	Sin alteración, buena imagen corporal	21-30 puntos
		Regular nivel de alteración, regular imagen corporal	11-20 puntos
		Alto nivel de alteración, mala imagen corporal	0-10 puntos
	Sexualidad	Sin alteración:	20-38 puntos
		Regular nivel de alteración	11-19 puntos
		Alto nivel de alteración	0-10 puntos
	Autoestima	Sin alteración, autoestima elevada	30-40 puntos
		Regular nivel de alteración, autoestima media	26-29 puntos
		Alto nivel de alteración, autoestima baja	10-25 puntos
Cáncer de mama hereditario	BRC1 BCR2 Otros	Tipo de gen	
Mujeres jóvenes	18- 25 años 26- 35 años 36 -45 años	edad	
Tipo de cirugía mamaria	-Prótesis mamaria. - Colgajo TRAN -Colgajo del musculo dorsal ancho	cirugía	
Grado de Instrucción	-Iletrado -Primaria -Secundaria - Superior	Años de estudio concluidos	

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento tiene por finalidad brindar a las participantes del presente estudio una explicación clara, concisa e informativa.

La presente investigación **“NIVEL DE ALTERACIÓN PSICOLÓGICA POST CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO EN MUJERES JÓVENES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2021”** es conducida por el MC Alan Harí Silva Amaya de la sección de posgrado de la Facultad de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres. El objetivo de este estudio es determinar los niveles de alteraciones psicológicas post cirugía de reducción de riesgo para el cáncer de mama hereditario en mujeres jóvenes en el Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, 2021. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder a una entrevista a profundidad lo cual tomará 45 min aproximadamente de su tiempo. La conversación será grabada, así el investigador podrá transcribir las respuestas que usted haya expresado.

Su participación será voluntaria: La información que se recabe será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas serán totalmente confidenciales, por lo que no se le pedirá identificación alguna.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Por no ser un trabajo experimental, no presenta acciones de riesgo ni eventualidades previsibles a las que estaría expuesto al participar en esta investigación científica.

El beneficio de participar en el presente estudio es conocer si presenta algún tipo de alteración psicológica durante el primer año posterior a la operación, específicamente en los aspectos relacionados con la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad, por lo que de presentarse alguna alteración recibirá una

atención integral individualizada tanto médica como psicológica, y poder así afrontar adecuadamente las consecuencias.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con MC Alan Harí Silva Amaya al Celular 942873181 o al correo alanhari77@gmail.com, dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de aporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales, a partir de la Universidad San Martín de Porres.

Nombre completo del participante

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha