

**IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.**



Universidad
del Cauca

María De Los Ángeles Torres Hinegroza
Candidata a Magister

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA
EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN, ESTUDIOS DEL CUERPO Y LA
MOTRICIDAD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD Y MOTRICIDAD
POPAYÁN
2021

**IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.**



Universidad
del Cauca

Directora
PhD. Nancy Janneth Molano Tobar

María De Los Ángeles Torres Hinestroza
Candidata a Magister

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN, ESTUDIOS DEL CUERPO Y LA MOTRICIDAD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD Y MOTRICIDAD.
POPAYÁN
2021

NOTA DE ACEPTACION

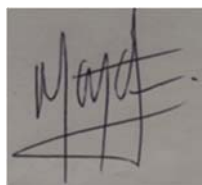
Tesis aprobada. _____



DIRECTOR

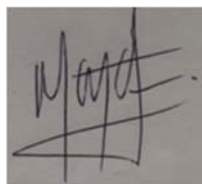
PhD. Nancy Janneth Molano Tobar

Directora del Grupo de Investigación Salud y Motricidad Humana



JURADO 1

Mag. Magdi Yannette Ordoñez Fernández



JURADO 2

Mag. María Claudia Astaíza Aragón

Popayán, 17 de septiembre de 2021

Tabla de contenido

1. Introducción	8
2. Descripción y formulación del problema	10
2.1. Planteamiento del problema	10
2.2. Formulación del Problema	15
3. Justificación	16
4. Objetivos	18
4.1. Objetivo General.....	18
4.2. Objetivos Específicos	18
5. Marco referencial	19
5.1. Antecedentes.	19
5.1.1. Antecedentes internacionales.....	19
5.1.2. Antecedentes nacionales.....	20
5.1.3. Antecedentes locales.....	21
5.2. Marco Conceptual	22
5.2.1. <i>Imagen Corporal</i>	22
5.2.2. <i>Calidad de Vida</i>	23
5.2.3. <i>Cáncer de mama (CaMa)</i>	26
5.2.4. Tipos de cáncer de mama.....	27
5.2.5. <i>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionada con el cáncer</i>	28
5.2.6. <i>Obesidad</i>	29
5.2.7. <i>Medidas antropométricas</i>	30
5.2.8. Evaluación Antropométrica.	30
5.3. Hipótesis de investigación	31
6. Metodología.....	32
6.1. Tipo y diseño investigación	32
6.2. Población y Muestra.....	33
6.3. Criterios de inclusión y exclusión	34
6.4. Técnicas e Instrumentos	34
6.5. Plan de Análisis.....	39
6.6. Aspectos Éticos.....	39
7. Resultados.....	41
1. ¿Tuvo la boca seca?.....	48
19. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	50
20. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?.....	50

21.	<i>¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?.....</i>	<i>50</i>
22.	<i>¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal? 50</i>	
23.	<i>¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (por ejemplo: picazón, resequedad, descamación)?</i>	<i>50</i>
8.	<i>Discusión</i>	<i>54</i>
9.	<i>Conclusiones.....</i>	<i>59</i>
10.	<i>Recomendaciones.....</i>	<i>60</i>
11.	<i>BIBLIOGRAFÍA.....</i>	<i>61</i>
12.	<i>ANEXOS.....</i>	<i>74</i>

Lista de tablas

Tabla 1 <i>Resultados del análisis descriptivo de las variables edad y menarquía de la población objeto de estudio</i>	41
Tabla 2 <i>Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-Estado Civil</i> .	42
Tabla 3 <i>Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-Estadio</i>	42
Tabla 4 <i>Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-Anticonceptivos</i>	43
Tabla 5 <i>Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-Antecedentes familiares</i>	43
Tabla 6 <i>Resultados de la clasificación de IMC, porcentaje de grasa y riesgo cardiovascular de la población</i>	45
Tabla 7 <i>Resultados descriptivos del Cuestionario EORTC QLQ-BR23</i>	48
Tabla 8 <i>Dimensiones de EORTC QLQ-BR23</i>	51
Tabla 9 <i>Parámetros de la población medidos por medio de la Escala de Imagen Corporal (Hopwood y cols., 2001)</i>	52
Tabla 10 <i>Análisis de Correlación de Variables significantes del estudio</i>	53

Lista de anexos

Anexo A consentimiento informado	74
Anexo B Escala De Imagen Corporal, (Hopwood y cols., 2001).	77
Anexo C Cuestionario EORTC QLQ-BR23.....	78

1. Introducción

En las mujeres, el cáncer de mama (en adelante CaMa) es la segunda causa de muertes por cáncer en el mundo, se estima que afecta a 2.088.849 al año. En Colombia, la cifra se acerca a los 13.380 casos. Para el departamento de Nariño, de acuerdo con el último reporte del Departamento Nacional de Estadística, son cerca de 6.514 personas con cancer de las cuales 770 son de CaMa, cifra que aumenta cada día.

Diferentes factores están relacionados con el desarrollo del CaMa, entre los cuales se encuentran algunos de tipo ambiental (químicos, físicos y nutricionales) y biológicos (genéticos). Por ejemplo, los estilos de vida y la dieta que lleva una persona, sumado a situaciones de estrés oxidativo en las diferentes etapas durante los ciclos de vida, proporciona cambios epigénéticos importantes, orientados al desarrollo de mutaciones en el ADN. Lo anterior, conlleva a la transformación de células sanas en tumorales, que, vinculándolo con los parámetros antropométricos, inciden en el incremento de esta patología.

Los tratamientos para el CaMa requieren intervenciones que generan cambios tanto físicos, psicológicos y sociales dentro del cuerpo, la mente y las relaciones sociales de las mujeres. Las percepciones y transformaciones sobre la visión propia de la imagen corporal de quienes sufren esta enfermedad desencadenan en la afectación de su calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue determinar la imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres con CaMa en el Departamento de Nariño, para lo cual, se generó un abordaje desde el paradigma positivista con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y con un diseño transversal.

Los resultados a resaltar en una muestra de 79 mujeres correspondieron a una incidencia del

36,7% para el CaMa en estadio II a invasivo sin extenderse; de la misma manera la mayoría de las mujeres fueron clasificadas con un Índice de Masa Corporal (IMC) de obesidad grado I, con un factor de riesgo cardiovascular.

De acuerdo con los parámetros establecidos por los Cuestionarios de Calidad de Vida, desarrollados desde la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (*EORTC-siglas en inglés*) y durante la aplicación del Cuestionario elaborado para los casos de CaMa, conocido como EORTC QLQ-BR23, se precisó la afectación de su feminidad por el cáncer. Teniendo en cuenta la información recogida durante la aplicabilidad del cuestionario, se encontró una preocupación en las mujeres relacionada con los efectos secundarios de los tratamientos para el CaMa, por ejemplo, la caída del pelo y la presencia de dolor en las zonas adyacentes de la mama. Respecto a la valoración de la imagen corporal, se identificó afectaciones relacionadas con las percepciones de cuerpo: las mujeres se sienten muy avergonzadas con su apariencia física, se consideran poco atractivas. Lo anterior, repercute a una insatisfacción con su apariencia.

Como conclusión de este estudio, se pudo determinar que la calidad de vida y la imagen corporal de las mujeres con CaMa está alterada, lo que configura una limitante para su bienestar físico y emocional. Lo anterior, sumado a patologías como la obesidad y el factor de riesgo cardiovascular, representan un factor de riesgo si se suman al CaMa.

2. Descripción y formulación del problema

2.1. Planteamiento del problema.

Teniendo en cuenta las cifras de personas que padecen de CaMa, las cuales aumentan cada año, esta enfermedad actualmente afecta a miles de mujeres en todo el mundo. El cáncer, como las enfermedades de tipo cardiovascular y la diabetes, son patologías que producen cifras de mortalidad que aumentan cada año. En este sentido:

La Agencia Internacional para Investigación en Cáncer (IARC) que ha estimado que en el año 2002 hubo un estimado de 10.9 millones de casos nuevos de cáncer y 6.723.887 millones de muertes por cáncer en todo el globo. Estas cifras representan un incremento de 22% en la incidencia y mortalidad por cáncer en comparación con las cifras del año 1990, y según la Organización Mundial de la Salud, por sus siglas (OMS), el número de casos se elevará a 15 millones para el año 2.020. (Solidoro Santisteban, 2006, p. 112)

Según las estadísticas presentadas por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, Institución que hace parte de la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas, los reportes de cáncer con mayor prevalencia a nivel mundial son el cáncer de pulmón, con más de un millón de casos nuevos, en seguida, el cáncer de mama, cáncer de colon y cáncer del estómago. Lo anterior, se presenta teniendo en cuenta variables hereditarias y genéticas. Sin embargo, para el CaMa se han trabajado las múltiples mutaciones en genes supresores tumorales, dentro de los cuales se encuentran los denominados BRCA1 y BRCA2. Estos genes supresores pueden ser factores precursores para el desarrollo del cáncer, que se desencadenarían por el desarrollo del manejo de estilos y hábitos de vida de las personas (Maffuz-Aziz et al., 2017).

Los estilos de vida de mujeres en Japón y Singapur es un claro ejemplo del aumento de reportes de CaMa, producto de los cambios en los estilos de vida de mujeres en estos países (Castro et al., 2011). Adicionalmente, se evidencia que con mayor frecuencia el aspecto anterior se presenta en las mujeres que gozan de un estado socioeconómico y cultural más elevado, mientras que en los Estados donde predomina la población indígena y de menor nivel socioeconómico, la frecuencia es mucho más baja (Rodríguez-Cuevas SA et al., 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el CaMa es el cáncer más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de CaMa está aumentando en el mundo en subdesarrollo, debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

En el mundo la incidencia del CaMa en mujeres es de 2.088.849 al año, la cifra para Colombia es de 13.380 casos de mujeres con CaMa al año, de las cuales 3.702 mueren (Organización Mundial de la Salud, 2020), mientras que en el departamento de Nariño, la incidencia de muerte por CaMa es reportada por Rocha-Buevas et al., (2014), donde indican que se identificaron 6.514 personas diagnosticadas con cáncer en el año 2010 en el departamento de Nariño en el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), mientras 1.097 casos de muerte por cáncer registrados en los datos de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) para el año 2010”.

Por otra parte, diversos estudios sugieren que los alimentos contienen nutrimentos y compuestos que pueden iniciar, acelerar o incluso detener el desarrollo de un tumor

maligno. Al respecto, Augsburger et al., (2020), manifiestan que “los agentes carcinógenos pueden ser: químicos (orgánicos o inorgánicos), físicos (rayos X, emisiones de reactores nucleares, rayos ultravioletas) o nutricionales (que afecten la faringe, la tiroides y el hígado) o biológicos”. Lo anterior está sustentado por estudios epidemiológicos como el de Robles-Agudo et al., (2005), que han demostrado una fuerte relación causal entre algunos tipos de cáncer y determinados hábitos de vida como el tabaquismo y la exposición a contaminantes ambientales, también con el consumo de cierto tipo de alimentos. La dieta sería la causante de más de la tercera parte de los casos, especialmente relevante para tumores ubicados en el tracto gastrointestinal, mama, próstata y endometrio.

Es importante tener en cuenta, que antes y después de la pubertad, el consumo de dietas ricas en grasas, que contengan ácidos grasos poliinsaturados conocidos como PUFA N-6 (PUFA por sus siglas en inglés- *Poly-Unsaturated Fatty Acids*) puede aumentar el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el estrés oxidativo y más en concreto, desarrollar cáncer tras la exposición a agentes carcinógenos. El daño en el ADN, proteínas y lípidos es inducido por la acción de especies reactivas del oxígeno (*ROS- Reactive Oxygen Species*), que juegan un papel importante en el desarrollo y la progresión de numerosos procesos patológicos, incluido el cáncer. En concreto, el daño oxidativo en el material genómico puede resultar en una parada o estimulación del proceso de replicación, inducción de vías de transducción de señales, errores en la replicación o inestabilidad genómica (Cooke, 1997). Estas lesiones pueden ser reparadas o fijarse como mutaciones en el ADN, colaborando así en la transformación de una célula sana en tumoral (Duffy et al., 2015).

Los estilos de vida que llevan las personas pueden incidir positiva o negativamente sobre su salud, y, conjuntamente relacionados con la calidad de vida que lleven, pueden ser factores determinantes para la aparición de enfermedades. Algunas investigaciones identificaron que las mujeres con CaMa presentan un biotipo endomorfo, con una concentración específica de tejido graso en la parte central y superior del cuerpo. Estas características corporales se correlacionan con el desequilibrio hormonal, el cual, desempeña un papel importante en la carcinogénesis de mama (Mirjana et al., 2020). Basado en lo anterior, se debe indicar que el tejido graso periférico, es importante en la síntesis de hormonas esteroides sexuales en las mujeres.

Después de la transición menopáusica, la obesidad conduce a un nivel más alto de estrógenos y andrógenos, que son agentes mitogénicos para las células de la mama, en este sentido, en las mujeres con obesidad se afecta el diagnóstico temprano para cáncer de mamá y se disminuye la eficiencia de la quimioterapia en este tipo de población. La obesidad es un signo de malos hábitos alimenticios y la falta de actividad física, aspectos que se consideran como factores de riesgo en la carcinogénesis de mama (Ferri et al., 2010).

La comprensión de la incidencia de medidas antropométricas como factores predecibles de otras enfermedades de base están asociadas a las mujeres que presentan obesidad, de las cuales, posteriormente se puedan realizar futuras intervenciones integrales con este tipo de población.

Los imaginarios alrededor del concepto de cuerpo y la percepción de este durante las etapas anteriores y posteriores del cáncer son elementos importantes para analizar. Al respecto, Sosa Sánchez, (2013) expresa lo siguiente: “Considero que la temática del

cuerpo es relevante, ya que supone el origen desde donde investigar la identidad femenina. Dibujar la propia imagen crea una mirada nueva, lo que se convierte en un primer paso para dominar el propio cuerpo” (p. 1002).

Un diagnóstico positivo de CaMa desencadena un alto impacto psicológico, dando origen a sentimientos de miedo, angustia, dolor, temor y tristeza a la muerte. Para los pacientes con un diagnóstico positivo reciente, le afecta sobre todo las consecuencias a nivel familiar (Molano-Tobar & Vélez Varela, 2017).

El pensar en los cambios físicos que resultaran como producto del tratamiento de CaMa produce en las mujeres inseguridad e insatisfacción con su propio cuerpo. Tanto así, que consideran terminará afectando sus relaciones sociales y de pareja. Lo anterior, está relacionado con los imaginarios y concepciones sobre la imagen corporal femenina, lo que se asocia y se percibe desde diferentes componentes: el perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Teniendo en cuenta lo anterior, las mujeres con diagnóstico positivo para CaMa, presentan pensamientos negativos relacionados con su percepción de su imagen corporal, lo cual, no sólo las afecta psicológicamente, sino que termina generando cambios en su calidad de vida y su salud. Ampliando lo anterior, se debió tener en cuenta que la Calidad de Vida relacionada con la salud, se definió por parte de la OMS (1994) y citada por Botero De Mejía & Pico Merchán, (2007) como la “percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus

metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones" (p.11). Este concepto en realidad es de amplio alcance que se ve afectado de una manera compleja por la salud física de la persona, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.

En este sentido, se puede evidenciar como hay factores psicológicos, físicos, emocionales que repercuten en la calidad de vida relacionada con la salud, haciendo referencia a lo mencionado por (Mejía-Rojas et al., 2020), y que es imperativo evidenciar en la población nariñense para generar procesos de atención más adecuada que neutraliza los impactos negativos de esta enfermedad en todas las esferas del ser humano.

Por lo anterior se realiza la formulación de la siguiente pregunta de investigación.

2.2. Formulación del Problema

¿Cómo es la imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Nariño?

3. Justificación

La presente investigación se concentró en conocer el estado de la calidad de vida y las percepciones sobre el cuerpo en la población de mujeres con CaMa. La imagen corporal, la calidad de vida y los índices de sobrepeso y obesidad, son elementos de análisis que permitieron abordar el imaginario del cuerpo femenino. Por lo anterior, la presente investigación es pertinente para comprender las percepciones de calidad de vida en mujeres con CaMa, sumado a los estudios sobre la relación entre el cáncer de mama, calidad de vida, salud, estilos de vida, fueron de suma importancia durante el planteamiento y desarrollo del proyecto.

Igualmente, nos brindaron información de las dimensiones y aspectos producto de la patología del cáncer de mama en el Departamento de Nariño, dando pie a establecer una comprensión mayor de la situación actual de una mujer con cáncer de mama y las acciones que pudieran plantearse desde las concepciones propias como mujer dentro de esta población.

Los aportes observados propiciaron información clave para las mujeres con CaMa, los equipos de apoyo en salud y su familia, evidenciando las dimensiones que se ven afectadas en ellas.

Por último, este proyecto de investigación es pertinente desde lo académico, ya que, busca amplios conocimientos referentes a la calidad de vida, imagen corporal y parámetros antropométricos de las mujeres en el Departamento de Nariño, acciones que demostraron una vez más la necesidad de generar herramientas oportunas en cuanto al diagnóstico, y así encaminar acciones hacia la prevención de la enfermedad como

promoción de la salud y vinculación de equipos interdisciplinarios que generen un tratamiento oportuno teniendo en cuenta las dimensiones afectadas.

Los datos producto de esta investigación han permitido obtener información valiosa que servirá de sustento para que los encargados de salud en el departamento de Nariño, e investigaciones futuras generen acciones desde procesos interdisciplinarios teniendo en cuenta las necesidades y vivencias de las mujeres con cáncer de mama.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Determinar la Imagen Corporal y la Calidad de Vida de las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Nariño.

4.2. Objetivos Específicos

- Identificar la presencia de sobrepeso u obesidad de las mujeres con Cáncer de Mama en el Departamento de Nariño a través de las medidas e índices antropométricos.
- Identificar la Imagen Corporal de las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Nariño a partir de la aplicación de la escala de imagen corporal (S-BIS), (Hopwood y cols., 2001).
- Estimar el nivel de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Nariño aplicando el cuestionario EORTH QLQ-BR 23.
- Correlacionar la imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Nariño.

5. Marco referencial

5.1. Antecedentes.

5.1.1. Antecedentes internacionales

El estudio de Varela., et al. (2017) denominado: *Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática*, toma en cuenta que la imagen corporal es presentada subjetivamente, donde aspectos como la percepción, valoración y vivencia del cuerpo juegan un papel importante. El estudio tiene como objetivo evaluar las afectaciones a estas subjetividades implican tanto cambios corporales como psicológicos, y sociales dentro del contexto de una persona con diagnóstico positivo. Los autores hacen una revisión sistemática por medio de análisis de artículos sobre instrumentos de medición y evaluación de estos aspectos, los cuales pueden usarse en países de Latinoamérica.

Instrumento de medición como la Escala de Imagen Corporal de Hopwood y el módulo QLQ BR 23, son pertinentes en su aplicabilidad para determinar cómo aspectos como la sexualidad, las relaciones de pareja, autoestima, estilos de afrontamiento, inciden en los cambios de calidad de vida producto de un proceso de diagnóstico y tratamiento del CaMa. (Varela., et al, 2017).

El trabajo de Lopes., et al (2018), denominado: *Impact of breast cancer and quality of life of women survivors*, cuya traducción al español sería: *Impacto del cáncer de mama y la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes*. Los autores mediante su trabajo tienen como objetivo realizar un estudio sobre el impacto que tuvo en la calidad de vida de las mujeres que sobrevivieron al CaMa. El estudio evaluó la incidencia de la calidad de vida con variables de índole sociodemográficas y clínicas. La población objeto de estudio fue

mujeres que reciben atención ambulatoria postratamiento en una institución pública de la ciudad de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil. Este trabajo se realiza mediante un estudio transversal, analítico y cuantitativo, mediante el uso de instrumentos: y cuestionarios sociodemográficos y clínicos.

5.1.2. Antecedentes nacionales

El trabajo de Pineda., et al, (2013) denominado: *Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013*, tuvo como objetivo evaluar los elementos asociados a la calidad de vida en pacientes CaMa, mediante un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 82 pacientes en la Ciudad de Medellín. El estudio se centró en evaluar la calidad de vida y los factores asociados en mujeres con CaMa afiliadas a una aseguradora en salud, activas en un programa de intervención para esta enfermedad durante el año 2013, en una empresa administradora de planes de beneficio (EAPB), con el fin de contribuir a mejorar el impacto del programa en las pacientes con esta enfermedad.

Molano y Rada (2019) abordan su trabajo denominado: *Calidad de vida y salud en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en Popayán-Colombia*, dentro del cual, tienen como objetivo evaluar la calidad de vida y su asociación con parámetros de salud en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en Popayán, Colombia. Lo anterior, mediante la aplicación de un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal analítico, con una muestra no probabilística, de acuerdo con criterios de inclusión de 39 mujeres sobrevivientes al CaMa. A esta población objetivo se le aplicó una encuesta con aspectos sociodemográficos, aplicabilidad del cuestionario EORTC QLQ- BR23 y mediciones como

el Índice de Masa corporal (IMC). El trabajo concluye en que se evidenció una asociación entre los indicadores de salud y calidad de vida, manifestando la necesidad de trazar acciones de prevención e intervención desde un trabajo interdisciplinario que permita abordar todos los aspectos tanto sociales, como psicológico en este tipo de población

5.1.3. Antecedentes locales

El estudio de Rocha., et al (2014) denominado: *Carga de cáncer del departamento de Nariño y subregiones, Colombia, 2010*, tuvo como objetivo medir la carga de cáncer partiendo del indicador Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) en Nariño y sus subregiones. Lo anterior, empleando el indicador AVISA. Este trabajo es el primer estudio de carga por cáncer usando una metodología estandarizada, que contribuyó al Plan de Salud Departamental de Nariño, Colombia 2013-2015 y al sistema de indicadores del Plan Decenal para el Control del Cáncer. Lo anterior, es de vital importancia para realizar una aproximación inicial para visualizar aspectos relacionados con el CaMa en Nariño y la comparación de éste con otros tipos de cancer.

Yépez., et al (2018) desarrollan el trabajo denominado: *Tendencia de la incidencia y mortalidad por cáncer en Pasto, Colombia; 15 años de experiencia*, cuyo objetivo es describir la incidencia, mortalidad y tendencia del cáncer en San Juan de Pasto durante el periodo comprendido entre 1998 al 2012, mediante un estudio observacional descriptivo de la morbi-mortalidad por tumores malignos en la ciudad de Pasto. La importancia del trabajo radica que evidencia la necesidad de fomentar y fortalecer programas de promoción y prevención, para evitar el desarrollo de cancer de estómago, próstata, cuellos uterinos y el CaMa, que presentan mayor morbi-mortalidad en la población.

5.2. Marco Conceptual

5.2.1. *Imagen Corporal*

La imagen corporal ha sido abordada como concepto desde diferentes disciplinas pertenecientes al campo de las Ciencias de la Salud (nutrición, psicología) , sin embargo, el aporte desde las Ciencias Humanas (sociología y antropología) giran su mirada a una comprensión de la imagen corporal desde aspectos relacionados con la personalidad, la autoestima o los imaginarios presentes en cada paciente con diagnóstico positivo para CaMa sobre su cuerpo, incluso el imaginario de mujeres que no desarrollan CaMa. Lo anterior, es importante para explicar ciertas psicopatologías, ansiedad y/o depresión, o la dificultad de integración social debida a la percepción del propio cuerpo. (Baile, 2003)

El estudio de Baile (2003) brinda un panorama general de sobre qué es la imagen corporal, su definición y las alteraciones sobre este concepto, en sentido, se concluye que “no existe un consenso científico sobre su definición, su evaluación o sobre sus alteraciones, quizá debido a que su estudio ha estado mediatizado por su implicación en los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y no como objeto específico de análisis” (p.2)

Por otro lado, se encontró que la Imagen Corporal se refiere a un constructo complejo que es definido según Varela et al., (2017) como:

representación subjetiva del cuerpo que agrupa representaciones derivadas de la autopercepción y valoración de ese cuerpo e incluye la interacción de las medidas antropométricas o cuerpo real, la percepción del cuerpo y el cuerpo ideal o aquel donde se definen los estándares de belleza y salud. (p. 1)

En cuanto a las características de la imagen corporal, es un concepto multifacético;

está íntimamente relacionada con los sentimientos de autoconciencia; está socialmente determinada; no es fija y estática, sino que varía a lo largo de la vida según las propias experiencias, influencias sociales (...); la imagen corporal influye en el procesamiento de información; y por último se sabe que la imagen tanto la consciente como la preconsciente y la inconsciente influyen en el comportamiento (Argüello et al., 2012). Como consecuencia de los tratamientos en el CaMa, el cuerpo y la apariencia física pueden sufrir algunos cambios: pérdida o aumento de peso, cicatrices, pérdida de la mama, etc.

Es así como, la imagen corporal de la mujer al sufrir cambios durante el tratamiento del CaMa afecta varios aspectos que hacen que se perciba de una manera diferente, por lo cual es necesario comprender lo relación con la imagen corporal desde distintos escenarios: social y personal, esto para abordarlo desde una mirada más integral.

5.2.2. Calidad de Vida

Durante el Foro Mundial de la Salud, celebrado en Ginebra, en el año de 1996, la OMS, acuñó la definición de Calidad de Vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (Rodríguez Adams, 2012). En este sentido, aspectos como: salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y con su contexto, son escenario relacionados directamente con la calidad de vida de las personas.

Correlacionar estos tres parámetros: medidas antropométricas, imagen corporal y calidad de vida, ayudará a orientar a las personas que abordan a este grupo poblacional para brindar abordajes claros e integrales de cómo se encuentran en las diferentes dimensiones y

parámetros que abarcan los cuestionarios y escalas aplicadas.

Para definir la calidad de vida no existen criterios únicos, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones. Así, se puede llegar a una definición global: “nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (Robles-Espinoza et al., 2016).

Por otra parte la calidad de vida ha sido definida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona; b) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Benitez, 2016).

Diversos autores como Benitez (2016) y Rodríguez & Rill, (2018), identifican diversas dimensiones que abarcan la Calidad de Vida, entre las que se encuentran:

Dimensión física: Es referida al estado físico o salud, comprendida como ausencia de enfermedad, síntomas producidos por la enfermedad y sus reacciones adversas al tratamiento. Teniendo en cuenta que para tener una buena calidad de vida es muy importante estar sano.

Dimensión psicológica: está referida a la forma de verse así mismo en su estado mental y afectivo como sus características; el miedo, la ansiedad, la baja autoestima, y la duda sobre el futuro; incluyendo también sus creencias espirituales y religiosas.

Dimensión social: está referida a la forma en que la persona se ve y se relaciona frente a los demás, rodeando las responsabilidades sociales de su entorno. Teniendo en cuenta la necesidad de apoyo familiar, el desempeño familiar.

En las pacientes con cáncer de mama, la calidad de vida puede verse influida por variables de tipo biológico o físico, por el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación, así como por variables psicosociales como la imagen corporal, el status emocional y las relaciones de pareja (Pineda-Higueta et al., 2017).

En este sentido, es importante mencionar que en el CaMa se han generado especificaciones más puntuales sobre los factores que se relacionan a la calidad de vida en la población que la padece, desde la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) se generó un consenso de las características de la calidad vida relacionadas con el cáncer de mama, entre ellos: Área de nivel de funcionamiento: Escalas de imagen corporal y funcionamiento sexual. Ítems individuales del disfrute del sexo y preocupación por el futuro; y síntomas: Escalas de síntomas del brazo, del pecho, efectos secundarios de la quimioterapia y la hormonoterapia. Un ítem de la preocupación por la pérdida del pelo (Aaronson et al., 1993; Arrarás et al., 2004).

Como se pudo establecer, la calidad de vida repercute en varias dimensiones de la vida de la persona, por lo tanto, conocerla y evaluarla es acercarse a una realidad más palpable para poder realizar intervenciones pertinentes y adecuadas para lograr una comprensión amplia de los imaginarios de cuerpo y calidad de vida en el departamento de Nariño.

5.2.3. Cáncer de mama (CaMa)

El CaMa es una patología que afecta a gran población mundial, por ejemplo, se ha observado que en Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental se presentan incidencias moderadas de esta patología y altas en países africanos (Lozano-Ascencio et al., 2009).

Las tasas de supervivencia del CaMa varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008). Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento (Pardo & de Vries, 2017).

Para el 2018, se ha informado que el número de casos de CaMa en Colombia, en mujeres de todas las edades fue de 13.380 casos. Igualmente se reportaron 3.702 muertes y 39.330 de casos de prevalencia a 5 años. El número estimado de casos nuevos en CaMa en todo el mundo para el año 2018, en mujeres de todas las edades correspondió a 2.088.849 y el número estimado de muertes por CaMa para el mismo año, en todo el mundo, en mujeres de todas las edades fue 626.679 (Díaz et al., 2019).

Según el Instituto Nacional de Salud, en Nariño existen 117 casos nuevos de personas que padecen la enfermedad cada año. En Nariño el porcentaje alto de casos y el crecimiento de personas con esta patología preocupa en la región, pues este es uno de los tipos de cáncer más frecuentes en Nariño. Pese a que esta enfermedad se puede presentar con más

frecuencia en mujeres mayores a 50 años, las estadísticas muestran que con el transcurrir de los tiempos, el CaMa comienza a atacar a las personas más jóvenes (Yépez et al., 2018).

5.2.4. Tipos de cáncer de mama

La mama es un órgano glandular que se ubica en el pecho, por tanto, se ha denominado CaMa al tumor originado en las células y estructuras de esta, por ello el CaMa es un Adenocarcinoma. Existen diferentes clasificaciones del CaMa por su localización, cuando el proceso de malignización se dirige en dirección al conducto, se origina el Carcinoma Ductal, cuando se dirige hacia el lobulillo, el resultado es el Carcinoma Lobulillar (Castillo Gutiérrez & Ávila Esquivel, 2010). De los cuales se procederá a indicar de acuerdo a lo estudiado por Álvarez Hernández et al., (2014):

Carcinoma “In situ”: Se llama así a la proliferación celular maligna que ocurre en el interior del conducto mamario, sin invasión o infiltración al tejido (estroma) que lo rodea.

Carcinoma Ductal in situ o carcinoma intraductal: Se caracteriza por el desarrollo de neoplasias en los conductos mamaros del seno, es un cáncer no invasor, es decir, que el tumor no ha salido del conducto ni ha invadido a otros tejidos que rodean al seno.

Carcinoma lobulillar in situ: Se desarrolla dentro de un lobulillo. Es un marcador que identifica a mujeres con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama invasivo.

Carcinoma invasivo o infiltrante: Se llama así a la proliferación celular maligna que traspasa el ducto o lobulillo, invadiendo el tejido circundante, compuesto por

el tejido adiposo y el tejido infiltrante conectivo fibroso que proporciona el tamaño y la forma del seno.

Carcinomas ductales: Se originan en las células de los conductos galactóforos (conductos por donde circula la leche hacia el pezón), afectando los tejidos de la mama y puede llegar a invadir los ganglios linfáticos, y otras partes del cuerpo.

Carcinomas lobulillares: Se originan en las células de los lobulillos mamarios, donde se produce la leche, que se diseminó desde los lobulillos hasta el tejido circundante, y puede diseminarse hasta otras partes del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo y linfático.

5.2.5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionada con el cáncer

Desde esta patología se ha encontrado que las dimensiones que mas se ven afectadas, desde las dimensiones de calidad de vida, son la salud y el bienestar como aspectos centrales, al igual que la funcionalidad, los aspectos familiares y la espiritualidad, en donde se ven involucrados factores como el acceso a los sistemas de salud (Sánchez et al., 2015), muchos de ellos relacionados a los determinantes sociales de la salud que al ser no adecuados generan mayores factores de riesgo de generar procesos patológicos, o para el fenómeno de estudio presentado (CaMa) empeorar los síntomas y disminuir el acceso eficaz al tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el estudio de (Puigpinós-Riera et al., 2019) se ha evidenciado que la edad, la presencia de comorbilidad y el nivel socioeconómico repercuten en el uso de servicios de promoción, prevención y control del Ca, además de

apoyo en servicios de acompañamiento psicológico, en su estudio se ha encontrado que:

las mujeres más jóvenes, las que presentan más comorbilidad y se han hecho reconstrucción mamaria, utilizan más los servicios sanitarios. Las de nivel social más desfavorecido y las que han pasado por una mastectomía realizan menos controles mamográficos y clínicos... Muchas pacientes hacen uso de terapias no convencionales, pero se conoce muy poco sobre el hecho de si estas podrían tener algún tipo de influencia en la frecuentación y el uso de los servicios sanitarios convencionales, así como sobre sus costes. (p.1)

En Colombia, desde el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, busca reconocer el Ca como un problema de salud pública, que debe ser mitigado o, por lo menos controlado, con el fin de generar procesos de prevención, de control y seguimiento, de mejoramiento en los procesos de tratamiento, además de un enfoque en el mejoramiento de la calidad de vida de las sobrevivientes del Ca, entre otros aspectos.

5.2.6. Obesidad

El Ca se ve afectado por diferentes factores relacionados a la genética y los estilos de vida saludable, que si se intervienen positivamente pueden prevenir el desarrollo de la patología, en este sentido los factores que se asocian más en el desarrollo del CaMa se relacionan a la obesidad postmenopáusica y el sedentarismo (COLAS ET AL., 2021).

En concordancia a lo anterior, (González-García-Rojas et al., 2019) mencionan que “la relación entre la obesidad y el riesgo de desarrollar cáncer de mama hormonal en las mujeres postmenopáusicas se debe al mecanismo de la conversión hormonal de las grasas

periféricas a estrógeno por la enzima aromatasa” (p.39), lo que permite evidenciar la importancia de conocer estos factores en la población de estudio, ya que permite determinar aspectos importantes en el proceso patológico, y de las acciones a seguir para disminuir los efectos en la salud, principalmente el manejo nutricional y de actividad física

5.2.7. Medidas antropométricas

Los primeros conocimientos sobre la utilidad de las mediciones del cuerpo humano se remontan a los inicios de la historia, generalmente como referencia a la necesidad y utilidad de estas en la selección de las personas más idóneas para la guerra o el trabajo, así como para valoraciones estéticas y artísticas. La antropometría o Cineantropometría fue presentada como una ciencia en 1976 (Rose et al., 2005).

Se define como el estudio del tamaño, proporción, maduración, forma y composición corporal, y funciones generales del organismo, con el objetivo de describir las características físicas, además de evaluar y monitorizar el crecimiento, nutrición y los efectos de la actividad física. Se basa en cuatro pilares básicos: las medidas corporales, el estudio del somatotipo, el estudio de la proporcionalidad y el estudio de la composición corporal (Sirvent Belando & Garrido Chamorro, 2009).

5.2.8. Evaluación Antropométrica.

El uso de la impedancia eléctrica para el análisis de la composición corporal se presenta como una técnica no invasiva de gran precisión, que, en un corto período de tiempo, permite obtener datos de manera fiable para la evaluación del estado de hidratación y nutrición, tanto en personas sanas como en las enfermas por diversas causas (Quesada Leyva et al., 2016).

Uno de los componentes que destacan para la evaluación de los parámetros antropométricos corresponden a diferentes índices que son obtenidos de algunas medidas como el peso y la talla corporal, entre los que se encuentran el índice de masa corporal, índices de adiposidad corporal, entre otros (Muñoz et al., 2018).

Desde numerosos estudios se ha precisado como los perímetros de cintura y cadera son una fuente de información importante para determinar síndrome metabólico (Cabrera et al., 2017) y riesgo cardiovascular en diversas poblaciones (Zubiaga Toro et al., 2016). Por lo que la aplicabilidad a la población de mujeres con CaMa podría arrojar información que permita establecer perspectivas de diagnóstico asociadas al sobrepeso y la obesidad.

El índice de masa corporal se calcula según el protocolo estandarizado propuesto por la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK), en donde se mide el peso corporal (kg) y la talla (m), una vez tomado estos datos se aplica la fórmula: $[\text{kg}/\text{m}^2]$ (Hermosilla Palma et al., 2021).

En este sentido, (Molano-Tobar et al., 2021) evidencian la importancia de evaluar la cantidad y distribución de tejido adiposo, mostrando que hay métodos directos e indirectos de medir la presencia de sobrepeso u obesidad, entre ellos la circunferencia de la cintura utilizada para detectar el síndrome metabólico y riesgo de enfermedad cardiovascular. Desde estas medidas, se pueden calcular los índices de adiposidad como el CUN-BAE, y el índice de adiposidad Corporal (IAC), que tiene mayor sensibilidad en sus resultados.

5.3. Hipótesis de investigación

H1: La imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en el

Departamento de Nariño presentan una relación estadísticamente significativa.

H0: La imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Nariño no presentan una relación estadísticamente significativa.

6. Metodología

6.1. Tipo y diseño investigación

El paradigma que orienta la investigación cuantitativa es el positivismo, término instituido por el filósofo francés Auguste Comte, para referirse al conocimiento científico caracterizado por ser: real, útil, cierto, preciso y relativo (Quijano Vodniza, 2009).

Para este proyecto se aplicó el enfoque cuantitativo, este enfoque es secuencial y probatorio. El orden es riguroso, aunque desde luego, se puede redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis (Hernández Sampieri et al., 2014).

El Tipo de investigación empleada fue la Descriptiva-Correlacional, donde se buscó especificar las propiedades importantes del objeto de la investigación, es así como el investigador elige una serie de conceptos a medir, los cuales se denominan variables, las cuales una vez medidas, los resultados le sirven para describir el fenómeno, este tipo de investigación se centró en medir con la mayor precisión posible cada una de las variables

que son de interés para la descripción del objeto de estudio, donde se puede ofrecer la posibilidad de predecir, aunque sean rudimentarias (Quijano Vodniza, 2009).

El Diseño de esta investigación fue transversal, donde se observó el fenómeno investigado en un momento único. Su propósito correspondió a describir variables (estudios descriptivos), analizar relación entre variables (estudios correlacionales) o establecer relación de causalidad (estudios explicativos) en un momento dado (Quijano Vodniza, 2009).

La investigación Correlacional, tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables. La investigación correlacional tiene en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, cuánto mayor número de variables sean correlacionados en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones, más completa será la explicación (Quijano Vodniza, 2009).

6.2. Población y Muestra

De acuerdo con las estadísticas del DANE, 2010, se considera que la población con cáncer de mama en el Departamento de Nariño correspondió a 6.514 mujeres diagnosticadas. (Rocha-Buelvas et al., 2014). Este Proyecto se encuentra adscrito a la VRI de la Universidad del Cauca, hace parte de 3 proyectos, El primero es el Macroproyecto *“Implementación de una plataforma en Ciencias Ómicas y Salud del cáncer mamario, Sur Occidente”* ID 4197, el anterior genera un segundo Proyecto denominado: *“Parámetros bioquímicos relacionados con la obesidad, la grasa visceral y abdominal en mujeres con cáncer de mama”* ID495 el cual deriva información de los Departamentos de Chocó, Valle del cauca, Cauca y Nariño, del cual se toma los datos del Departamento de Nariño para que sean analizados en este

Proyecto, entendido esto, la población se definió con el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Para el presente estudio se obtuvo la muestra por medio del método por conveniencia, ya que la selección de la población empleada en la investigación fue de fácil acceso, lo que permitió conocer a las pacientes y socializar el proyecto para su posible participación, la población se definió con el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión propuestos, llevando a obtener 79 participantes, donde el rango de edades fue de 27 años la menor y 61 años la mayor de ellas.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para este estudio fueron mujeres con diagnóstico de CaMa no mayor a un año y que decidieran participar en la investigación voluntariamente; a quienes decidieron participar se les aplicó diversas encuestas, una vez asintieron y firmaron el consentimiento informado.

Para los criterios de Exclusión se tomó en cuenta las siguientes características: retiro voluntario, presencia de problemas o patologías neurológicas, presencia de enfermedad psiquiátrica cognitiva.

6.4. Técnicas e Instrumentos

Debido al proceso investigativo se trabajó con algunos instrumentos validados en el ámbito nacional como el Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-BR23 y La Escala de Imagen Corporal (S-BIS). Teniendo en cuenta la aplicabilidad para mujeres con cáncer se realizó una capacitación previa al proceso de aplicación por personal especializado y con experiencia, adicionalmente se contó con una capacitación sobre el manejo ético de los

datos.

6.4.1. Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-BR23

Los parámetros establecidos por los Cuestionarios de Calidad de Vida, desarrollados desde la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC-siglas en inglés) y el Cuestionario elaborado para los casos de CaMa, conocido como EORTC QLQ-BR23, se precisó en la afectación de su feminidad por el cáncer. Se aclara que desde el grupo EORTC se ha establecido un formato general de calidad de vida en pacientes oncológicos el QLQ BR30, y como complemento para la calidad de vida en el CaMa se encuentra el QLQ BR23, todo esto porque la herramienta específica no accede a todos los componentes de la calidad de vida, sino que se centra específicamente en el interés específico de esa condición como la imagen corporal y la sexualidad, entre otros. Este cuestionario es validado y adaptado en Colombia (Figuerola Varela et al., 2017), consta de 23 ítems con dos escalas, una de funcionalidad en diversas áreas y otra de presencia de síntomas.

El QLQ-BR23 está validado en Chile y México y adaptado en Colombia (Sánchez et al., 2009), con buenas propiedades psicométricas, resultando un Alpha de Cronbach > 0.7 , en sus ítems. Igualmente, Sánchez., et al (2009) menciona:

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) estableció la sensibilidad, validez, confiabilidad de las escalas de calidad de vida para pacientes con cáncer de mama que reciban quimioterapia (Quality of life questionnaire in patients with breast cancer, QLQ BR-23), en 12 países con diferentes culturas, incluida la española. (p. 206).

El Cuestionario tiene dos escalas específicas, la escala funcional, con las subescalas: imagen corporal, función sexual, satisfacción sexual y perspectivas de futuro y la escala sintomática con las siguientes subescalas: efectos adversos de la terapia sistémica, síntomas relacionados con el brazo, síntomas relacionados con el trastorno de la mama y la caída del cabello. Su puntuación va de 0 a 100, con mejor calidad de vida para la escala funcional cuanto más cerca de 100, y mejor calidad de vida en la escala sintomática según mayor proximidad a 0 (Araujo et al., 2017).

6.4.2. Escala de Imagen Corporal (S-BIS)

La versión original de esta escala fue desarrollada por Hopwood et al., (2001), la cual ha tenido traducciones al español siendo validada por Gómez-Campelo et al., (2015), La escala actual se desarrolló con base a la definición conceptual de imagen corporal descrita anteriormente y se diseñó para sobrevivientes de CaMa a largo plazo (de tres a ocho años), incluidas aquellas que se sometieron a mastectomías, lumpectomías, radiación y quimioterapia, y sus problemas específicos (Biederman et al., 2020).

6.4.3. Validez y Factibilidad

Esta escala consta de 10 ítems, que se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos (0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho). A mayor puntuación obtenida, mayor problemática relacionada con la imagen corporal. La puntuación total oscila entre 0 y 30. El alcance de la escala fue diseñado para que pueda ser utilizado con cualquier grupo de pacientes con cáncer que puedan experimentar problemas de imagen corporal. Mide el

impacto de la cirugía en la auto aceptación, el atractivo físico y sexual, la feminidad, la satisfacción con el cuerpo y el cuerpo y las cicatrices, la integridad corporal y el comportamiento de evitación (Gargantini & Casari, 2019).

Los reactivos están relacionados con seis áreas: a) Grado de satisfacción con la apariencia vestida, tanto consigo mismo como con los demás (“Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida”, y “Creo que a los demás les gusta mi aspecto”). b) Pérdida de la feminidad (“Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer” y “Me siento menos femenina después de la operación”). c) Grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo mismo como con los demás (“Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz”, “Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy desnuda” y “Evito que los demás me vean la cicatriz”). d) Sentimientos acerca del atractivo sexual (“Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales”, “Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente” y “Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual”). e) Pérdida de la integridad corporal (“Me siento algo deformada o mutilada”). f) Grado de satisfacción con la cicatriz (“Me repugna la cicatriz”) (Dimitra Manos & Mateos, 2007).

Su brevedad facilita una evaluación rápida, tanto en el ámbito clínico y en el de investigación. Muestra una estructura factorial estable entre las muestras y buenas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad (alfa de Cronbach=0,93), lo que sugiere que se trata de una medida adecuada y útil para evaluar imagen corporal en pacientes con cáncer de mama, por lo que se considera una fiabilidad alta (Derogatis, 1979).

6.4.4. Medidas Antropométricas

La relevancia de las evaluaciones antropométricas genera una posibilidad de estimar el estado morfológico como funcional de las personas, las cuales dan un indicio del estado de salud, por lo tanto, la posibilidad de estas estimaciones en esta población ha permitido establecer un diagnóstico y relación a futuro.

Para evaluar las medidas antropométricas de peso, estatura, índice de masa corporal, perímetro de cadera, perímetro de cintura e índice cadera-cintura, se utilizó el protocolo de medición antropométrico indicado por la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK), posteriormente se elaboró una ficha personal, donde se registraron, además de las anteriores mediciones, los siguientes datos: fecha de nacimiento con el día, mes y año, fecha que se realizó la evaluación y sexo.

Para las mediciones del peso y talla corporal, se tuvo en cuenta que la persona estuviera en posición erecta, con los miembros superiores a ambos lados del cuerpo, las palmas y dedos de las manos rectos y extendidos hacia abajo, mirando hacia el frente, en bipedestación y con ropa ligera (Chalapud Narváez & Rosero Cuevas, 2021)

La estatura (cm) se midió, de acuerdo con el plano de Frankfurt y gracias a un estadiómetro portátil (Seca GmbH y Co. KG, Hamburg, Germany) cuya precisión es de 0,1 mm. El peso se evaluó en una báscula digital *Tanita (Ltd Japan)* 100g de precisión y capacidad de 0 a 150 kg (Hernández Rodríguez & Duchi Jimbo, 2015).

El IMC fue calculado usando la fórmula de: peso (kg)/estatura² (m) o índice de Quetelet (Faure et al., 2018). Se resalta que para todas las variables antropométricas se tomaron dos medidas para disminuir el posible sesgo en la recolección de información.

El perímetro de cintura se midió utilizando la cinta antropométrica marca Lufkin de

anchura no mayor a 7 mm y una extensión de 200 cm. La técnica que se empleó correspondió en ubicar a la participante del estudio en posición anatómica, idealmente sin camisa o blusa, marcar un punto intermedio entre la última costilla y la cresta iliaca, con el abdomen relajado. Las investigaciones presentan los parámetros de normalidad para el perímetro de cintura que corresponde “Circunferencia de cintura <70 cm para mujeres” (Molano-Tobar et al., 2017).

El Índice Cintura-Cadera está ampliamente utilizado en el ámbito de la epidemiología comunitaria y en la clínica. Se relaciona con el contenido de grasa visceral del organismo, donde el aumento de los valores de este índice será relacionado con un mayor contenido de grasa visceral en detrimento de la grasa periférica, por tanto, mayor riesgo cardiovascular. Los valores por encima de 0,80 en mujeres muestran relación con el riesgo cardiovascular (Tincani et al., 2014).

6.5. Plan de Análisis

El plan de análisis se realizó con el paquete SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), Sistemas Operativos como Windows versión 20. Se comprobó la normalidad de la muestra mediante la prueba de *Kolmogorov-Smirnov* indicando el cumplimiento del supuesto de normalidad con relación a la distribución de los datos, lo que permitió aplicar medidas de tendencia central y de dispersión, para establecer la correlación se aplicó el estadístico de Pearson ($p < 0,5$).

6.6. Aspectos Éticos

Se tuvo en cuenta lo dispuesto en la resolución de Helsinki y en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y protección social de Colombia, por la cual se establecen las

normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, clasificándolo como de ningún riesgo de acuerdo al artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, ya que se emplearon instrumentos de recolección de información, que no atentan contra la integridad física y moral de las participantes del estudio.

En cumplimiento con el principio y derecho a la información amplia y oportuna, el proyecto fue presentado a la comunidad de mujeres con CaMa en el Departamento de Nariño, una vez explicado y entendido el objetivo del proyecto, se diligenció el consentimiento informado, donde se garantizó la protección a la intimidad de los datos suministrados.

Finalmente, se respetan los derechos de autor de los diferentes insumos teóricos y evaluaciones utilizadas, citando las respectivas referencias bibliográficas, (Artículo 2 del convenio de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual; Artículo 61 de la Constitución Política de Colombia; Ley 23 de 1982). Para el proyecto de investigación que se efectúa, se fundamentará en el decreto 1377 de 2013, que tiene como objeto reglamentar parcialmente la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. (Ministerio de Comercio, 2013).

El proyecto estuvo amparado desde el componente ético otorgado por el Comité de Ética de la Universidad del Cauca, con el macroproyecto denominado: Implementación de una Plataforma en Ciencias Ómicas y Salud del Sur Occidente Colombiano (Soc) con ID 4187 y de esta manera obteniendo el aval ético para su desarrollo.

7. Resultados

Para la presentación de los principales hallazgos de la investigación se describen a continuación las características de la población objeto de estudio, las cuales permiten generar un contexto para la interpretación de los resultados.

Con relación a la edad se encontró un promedio de $43,86 \pm 8,56$ años, que oscilo entre 27 años a 63 años; de la misma manera, se preguntó acerca de la edad en la cual presentaron su primera menstruación identificando como media los $13,28 \pm 2,54$ años (Tabla 1).

Tabla 1 Resultados del análisis descriptivo de las variables edad y menarquía de la población objeto de estudio

Variables	Edad (años)	Menarquía (años)
Media	43,86	13,28
Mediana	44	12
Moda	50	12
Desviación estándar	8,56	2,54
Mínimo	27	10
Máximo	61	19

Fuente: Autoría propia

En la tabla 2 se puede observar que el 40,5% de la población de las mujeres son casadas, el 35.4% solteras, el 11.4% son separadas y en unión libre está el 12.7% de la población.

Tabla 2 Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-Estado Civil

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casada	28	35.4%
	Soltera	32	40,5%
	Divorciada	9	11,4%
	Unión libre	10	12,7%
	Total	79	100%

Fuente: Autoría propia

En la tabla 3 se muestra el estadio en el cual se encuentra el CaMa de las participantes, evidenciando que los mayores tipos de cáncer se distribuyen así: en el estadio II a ca invasivo sin extenderse el 36.7%, en el estadio II b ca invasivo con ganglios afectados el 24.1% y en el estadio III a ca invasivo a ganglios el 13.9%.

Tabla 3 Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-Estadio

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Estadio	II a ca invasivo sin extenderse	29	36.7%
	II b ca invasivo con ganglios afectados	19	24.1%
	II a ca invasivo en ganglios axilares	6	7,6%
	II b ca invasivo en ganglios axilares y esternón	5	6.3%
	IIIa ca invasivo a ganglios	11	13.9%
	IIIb ca invasivo con tamaño indefinido	4	5.1%
	IIIc ca invasivo en región torácica	3	3.8%

IV cáncer avanzado con metástasis	2	2.5%
Total	79	100%

Fuente: Autoría propia

En la variable relacionada sobre el uso de anticonceptivos, el 30.4 % de las participantes, manifestaron utilizarlos en contraposición del 69.6% que no.

Tabla 4 Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-*Anticonceptivos.*

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos	Uso	24	30.4%
	No uso	55	69.6%
	Total	79	100%

Fuente: Autoría propia

Con respecto a los Antecedentes familiares se evidencia que el 27.8% registraron antecedentes por parte de la madre, mientras que 13.9% mujeres No saben/no recuerdan (tabla 5).

Tabla 5 Resultados de la caracterización de la población objeto de estudio-*Antecedentes familiares.*

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentaje
	No sabe/No recuerda	11	13.9%
	Madre	22	27.8%

	Padre	8	10.1%
	Hermana	10	12.7%
Antecedentes	Hermano	6	7.6%
familiares	Abuela	4	5.1%
	Abuelo	7	8.9%
	Tía	8	10.1%
	Tío	3	3.8%
	Total	79	100%

Fuente: Autoría propia.

Los hallazgos de la clasificación del IMC evidenciaron según los niveles de obesidad u sobrepeso que el 24.1% de las mujeres presentaron obesidad grado I, el 3.8% obesidad mórbida y en sobrepeso el 2,5%; Para la clasificación de obesidad, según el porcentaje de grasa corporal, se encontró que el 38% se clasificaron en obesidad, el 24.1% en sobrepeso, y el 10.1 % en ligero sobrepeso; finalmente, se encontró que el 75,9% de las mujeres presentaron factor de riesgo cardiovascular, de acuerdo con la evaluación del perímetro de cintura (tabla 6).

Tabla 6 Resultados de la clasificación de IMC, porcentaje de grasa y riesgo cardiovascular de la población

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Clasificación IMC	desnutrición	1	1.3%
	normal	53	67,1%
	sobrepeso	2	2.5%
	obesidad I	19	24.1%
	obesidad III mórbida	3	3.8%
	Total	79	100%
Clasificación porcentaje de grasa	Delgado	7	8.9%
	óptimo	15	19.0%
	ligero sobrepeso	8	10.1%
	sobrepeso	19	24,1%
	obesidad	30	38.0%
	Total	79	100%
Clasificación Índice cadera cintura	con riesgo cardiovascular	60	75.9%
	sin riesgo cardiovascular	19	24.1%
	Total	79	100%

Fuente: Autoría propia

En la tabla 7 se presentan los hallazgos tenidos en cuenta para identificar la calidad de vida de las mujeres correspondió al Cuestionario EORTC QLQ-BR23, identificando que el 65,8% de las mujeres tenían sabor diferente al habitual en la comida y la bebida, de la misma manera el 40.5% manifestó que le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron.

Con respecto a la afirmación con la caída del pelo, el 50.6% presento caída en forma absoluta y de ellas, el 88.6% sintió preocupación por dicho evento. Este factor hizo que físicamente se viera afectada su imagen corporal, que al preguntar sobre el sentirse menos atractiva físicamente, el 59.5% declararon en bastante y mucho el 39.2%; como consecuencia el 79,7% sintieron ver afectada su feminidad, lo cual también se asocia con lo difícil de verse desnuda; por esto, el 83.5% de las mujeres declararon afectarse mucho. Lo que llevó a evidenciar que el 68.4% identificaron sentirse bastante desilusionadas con su cuerpo.

Se logró identificar que las consecuencias de presentar cáncer de mama conllevaron a sentirse enferma o mal, lo cual se reflejó en el 89.9% señalaron mucho.

Una manifestación clara teniendo en cuenta las preguntas del cuestionario, está asociada con las subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo, a lo que la muestra identificó un número significativo del 59.5%; de la misma manera el 57% de las mujeres encuestadas presentaron dolores de cabeza.

Al indagar por la preocupación de su salud en el futuro, el 57% de las encuestadas responde: bastante, lo cual permitió evidenciar la intranquilidad al respecto. Continuando con las preguntas a las mujeres que hicieron parte de la muestra, referente a la perspectiva

de la actividad sexual a través del interrogante ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo? el 43% refirieron bastante, circunstancia similar se presentó al indagar sobre ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? encontrándose que el 79.7% refirieron mucho; al mismo tiempo se logró establecer que el 51.9% disfrutó bastante del sexo.

Se pudo establecer que el cuestionario indagó sobre alguna sintomatología asociada al dolor en zonas como el brazo u hombro y pecho, a lo que las mujeres indicaron que tal referencia se manifiesta con mucho, representada en el 70.9% para cada segmento.

Otra de las manifestaciones por la cual se preguntó está asociada con la inflamación del brazo o la mano y el pecho, por lo cual las mujeres respondieron que presentaban mucho (65.8%) en ambos segmentos, todo ello generó que la población del estudio indicara presentar limitación para levantar el brazo o moverlo a los lados en el 51.9%.

Los procedimientos derivados del cáncer generaron la pregunta acerca de la sintomatología y sensibilidad en algunas zonas, es así como en su pecho afectado, el 54.4% notaron mucha sensibilidad, y el 63.3% indicaron problemas de piel como picazón, resequedad, descamación.

Tabla 7 Resultados descriptivos del Cuestionario EORTC 3QLQ-BR23

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Tuvo la boca seca?	en absoluto	1	1,3%
	poco	3	3,8%
	bastante	20	25,3%
	mucho	55	69,6%
	Total	79	100%
2. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	en absoluto	1	1,3%
	poco	3	3,8%
	bastante	23	29,1%
	mucho	52	65,8
	Total	79	100%
3. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	en absoluto	24	30.4%
	poco	16	20.3%
	bastante	32	40.5%
	mucho	7	8.9%
	Total	79	100%
4. ¿Se le cayó algo de pelo?	en absoluto	40	50.6%
	poco	14	17.7%
	bastante	20	25.3%
	mucho	5	6.3%
	Total	79	100%
5. Conteste a esta pregunta solo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada por la caída del pelo?	en absoluto	0	0%
	poco	0	0%
	bastante	9	11.4%
	mucho	70	88.6%
	Total	79	100%
6. ¿Se sintió enferma o mal?	en absoluto	0	0%
	poco	0	0%
	bastante	8	10.1%
	mucho	71	89.9%
	Total	79	100%
7. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	en absoluto	0	0%
	poco	6	7.6%
	bastante	47	59.5%
	mucho	26	32.9%
	Total	79	100%

8. ¿Tuvo dolores de cabeza?	en absoluto	1	1.3%
	poco	4	5.1%
	bastante	0	0%
	mucho	74	57%
	Total	79	100%
9. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o Tratamiento?	en absoluto	0	0%
	poco	1	1.3%
	bastante	47	59.5%
	mucho	31	39.2%
	Total	79	100%
10. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	en absoluto	0	0%
	poco	2	2.5%
	bastante	14	17.7%
	mucho	63	79.7%
	Total	79	100%
11. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	en absoluto	0	0%
	poco	1	1.3%
	bastante	12	15.2%
	mucho	66	83.5%
	Total	79	100%
12. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	en absoluto	1	1.3%
	poco	18	22.8%
	bastante	54	68.4%
	mucho	6	7.6%
	Total	79	100%
13. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	en absoluto	1	1.3%
	poco	7	8.8%
	bastante	45	57.0%
	mucho	26	32.9%
	Total	79	100%
14. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	en absoluto	3	3.8%
	poco	16	20.3%
	bastante	34	43.0%
	mucho	26	32.9%
	Total	79	100%
15. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa?	Bastante	16	20,3%
	mucho	63	79.7%
	Total	79	100%
16. Solo si tuvo actividad sexual	Poco	12	15.2%

¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	bastante	41	51.9%
	mucho	26	32.9%
	Total	79	100%
17. Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	en absoluto		
	poco	3	3.8%
	bastante	20	25.3%
	mucho	56	70.9%
Total	79	100%	
18. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	en absoluto	0	0%
	poco	4	5.1%
	bastante	23	29.1%
	mucho	52	65.8%
	Total	79	100%
19. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	en absoluto	0	0%
	poco	12	15.2%
	bastante	41	51.9%
	mucho	26	32.9%
	Total	79	100%
20. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	en absoluto	0	0%
	poco	3	3.8%
	bastante	20	25.3%
	mucho	56	70.9%
	Total	79	100%
21. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	en absoluto	0	0%
	poco	4	5.1%
	bastante	23	29.1%
	mucho	52	65.8%
	Total	79	100%
22. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	en absoluto	0	0%
	poco	5	6.3%
	bastante	31	39.2%
	mucho	43	54.4%
	Total	79	100%
23. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (por ejemplo: picazón, resequedad, descamación)?	en absoluto	0	0%
	poco	1	1.3%
	bastante	28	35.4%
	mucho	50	63.3%
	Total	79	100%

Fuente: autoría propia

En la tabla 8 se aprecia las respuestas de acuerdo con las dimensiones del cuestionario EORTC QLQ-BR23, aludiendo que las dimensiones de preocupación por la caída del pelo y la sintomatología del brazo son las que mayor incidencia tuvieron en la población.

Tabla 8 Dimensiones de EORTC QLQ-BR23.

Dimensión	Media	Desviación estándar	Chi cuadrado
Efecto tratamiento sistémico	3,15	,315	,000
Preocupación caída del pelo	3,89	,320	,001
Imagen corporal	3,45	,301	,000
Preocupación por el futuro	3,22	,654	,000
Funcionamiento sexual	3,42	,507	,000
Disfrute sexual	3,18	,675	,000
Síntomas brazo	3,67	,344	,000
Síntomas mama	3,59	,370	,000

Fuente: Autoría propia.

Se hace presente en la literatura que una de las consecuencias al CaMa se refleja con la imagen corporal, por lo que como se mencionó en la metodología, se aplicó la escala de Hopwood y cols., 2001, encontrando que el ítem de mucho, fue el más alto (41.8%) con relación a sentirse avergonzada por su apariencia; de igual forma el 48.1% de la población contestó sentirse poco atractiva físicamente a causa de su enfermedad o su tratamiento, generando que el 62% reportaran sentir insatisfacción con su apariencia estando vestida y

pocas se han sentido menos femeninas (38%), que concuerda con las pocas mujeres (43%) que les ha sido difícil mirarse estando desnuda.

Cabe notar que el cuestionario indagó sobre el sentimiento de atracción sexual a causa de su enfermedad o el tratamiento, encontrando que la población respondió: un poco (40.5%) y destacó cómo las mujeres evitaban a las personas, debido a como se sentían por su apariencia; el 67.1% señalan que para nada generan esta reacción, pero en el fondo el 48.1% de ellas se sienten insatisfechas con su cuerpo, por dejar su cuerpo incompleto a causa del tratamiento reflejado en mucho (53.2%); en contraste, pocas mujeres (41.8%) sintieron insatisfacción con la apariencia de su cicatriz.

En la tabla 9 se identifica que la preocupación por la imagen corporal en esta población es estadísticamente baja para la población de mujeres con cáncer.

Tabla 9 *Parámetros de la población medidos por medio de la Escala de Imagen Corporal (Hopwood y cols., 2001).*

Variable	Media	Desviación estándar	Chi cuadrado
Preocupación por la imagen corporal	1,72	,536	,000
Experiencia del cáncer	1,72	,503	,008

Fuente: Autoría propia.

Al analizar la correlación existente entre las variables del estudio, se logró evidenciar la mayoría presentaron correlaciones moderadas como se observa en la tabla 10.

Tabla 10 *Análisis de Correlación de Variables significantes del estudio*

Variable	P valor	Chi Cuadrado	Tipo de Correlación
Experiencia del Cáncer/Preocupación por la caída del pelo	0,566	0,000	Moderada
Efecto del tratamiento sistémico/funcionamiento sexual	0,490	0,000	Moderada
Total, imagen corporal/síntomas del brazo	0,488	0,000	Moderada
Síntomas del brazo/síntomas de la mama	0,425	0,000	Moderada

Fuente: Autoría propia.

8. Discusión

El análisis de los factores sociodemográficos demostró que la edad de prevalencia es acorde a lo manifestado en la literatura (Balaban et al., 2017), al referir que la incidencia de CaMa se manifestó en edades inferiores a los 57 años, lo cual es sustentado por Djuric et al., (2012), al indicar que la variabilidad de la exposición del cáncer se asocia con los receptores hormonales de estrógenos y progesterona, lo cual genera cambios en el parénquima mamario y de este modo se propicien efectos en las células precursoras como en la angiogénesis que incide en la formación de tumores (Ulloa-Miranda et al., 2020).

Otra de las variables notables en la población correspondió a la edad de la menarquia, al respecto autores como Aguilar Cordero et al., (2012), refieren que la menarquia temprana es un factor de riesgo junto con el vínculo de antecedentes familiares, lo cual concordó con la población, esta relación podría tener su explicación en la teoría por la cual se concede a los estrógenos una potencial capacidad carcinogénica, a través de la continua estimulación del crecimiento tisular mamario que al ser activados tempranamente fomentan la incidencia de CaMa.

El vínculo del estado civil de la población con el CaMa, es otro referente de estudio, por lo cual algunos antecedentes asociados con ello, demostraron que aquellas mujeres casadas tenían el apoyo por parte de familiares o redes de apoyo, lo cual es necesario en este proceso y la ausencia de ello somete a las personas a caer en estados mentales como mayor depresión y ansiedad que aquellas mujeres que gozan de compañía (Pineda-Higueta et al., 2017), hecho que representaría un aspecto de importancia para su estudio posterior.

La evidencia demostró que el CaMa generó repercusiones negativas en la calidad de vida de las mujeres, situación similar la presentada en diversos estudios (Villar et al., 2017),

donde se demostró que se afectan las dimensiones que se relacionan con la funcionalidad emocional, las perspectivas de futuro, el insomnio, la ansiedad y el disfrute sexual, afectando el reflejo de la percepción subjetiva de bienestar y calidad de vida, ya que refleja cambios importantes en la salud que se asocian con patrones de mortalidad, que infunden temor y desconcierto frente a su futuro (Quiceno & Vinaccia, 2013).

Uno de los componentes importantes para la mujer corresponde a la estética y es bien sabido que una de las consecuencias y los efectos del tratamiento para el cáncer genera pérdida o caída del pelo, al respecto se encontró esta preocupación presente y que afectaba la calidad de vida de las mujeres, lo cual concuerda con otros estudios (Theuser et al., 2021), al indicar que las manifestaciones clínicas que se derivan del cáncer de mama son repercusiones que afectan su feminidad como fue en la población de Nariño, al igual que la representación mental que el cabello confiere confianza y sin él, se manifiesta un sentimiento de inseguridad y señalamiento de su enfermedad (Álvarez Hernández et al., 2014).

La calidad de la relación parece ser un determinante importante de la función sexual en mujeres con cáncer de mama y puede interferir con el proceso fisiológico de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, en la investigación se encontró como las dimensiones de función y disfrute sexual también tuvieron connotaciones en la población, demostrando en cierto sentido preocupación y tendencia a la poca actividad propiciada por la patología, al respecto Recalde & Samudio, (2012), informan sobre la tendencia al bajo deseo e interés sexual y esto lo asocian al efecto de la quimioterapia en el funcionamiento sexual, y unido a otros síntomas como fatiga, falta de aliento refuerzan más la tendencia a la poca intimidad.

La mujer actual, está sujeta a cargas emocionales y físicas representadas desde su rol

social, por lo cual si se le suma la presencia de una enfermedad que de acuerdo a las representaciones sociales se considera una enfermedad de alta mortalidad, fomenta en la persona que la padece presiones adicionales, que se asocian con la preocupación por el futuro, lo cual para las mujeres de Nariño se encuentra en una calificación importante como se observan también en otros estudios (Pereira et al., 2017) y se relacionan al permanente temor de recidiva, a la preocupación por los hijos, o a cambios de sistema previsional que repercute en el desarrollo de la enfermedad y de acuerdo a Braña-Marcos et al., (2012), es un tema de relevancia y requiere de un manejo interdisciplinario, pues su omisión conllevaría a una mayor incidencia de la enfermedad como el vínculo de otras patologías como la depresión y estrés. Según la Sociedad Estadounidense del Cáncer (Brishop, 2014), la mayoría de las personas experimentarán algún nivel de ansiedad, miedo y depresión cuando el cáncer se convierta en parte de sus vidas, y las personas que experimentan síntomas físicos asociados con su cáncer tienen más probabilidades de experimentar angustia emocional.

El CaMa implica una serie de emociones relacionadas con el tratamiento y con efectos en la imagen corporal, también se destaca que, este impacta fuertemente en la estructura física y funcional de las mujeres, lo cual es congruente con diversos autores (Irrarrazaval et al., 2013), (Valencia Lara, 2015) al indicar que, la calidad de vida se ve afectada, no solo por la enfermedad, sino también por el tipo de secuela que, visualmente, no es agradable para la mujer que lo padece (Garduño et al., 2010), e impacta en la dimensión emocional de la persona.

El CaMa puede ser devastador para una mujer joven, como resultado, se observó que las mujeres con esta patología manifestaron alteraciones en la imagen corporal, para lo cual

de acuerdo a investigaciones de Paterson et al., (2016), son ellas las que corren un riesgo particular de presentar síntomas psicológicos durante y después del tratamiento, incluidos problemas de imagen corporal y ello se debió a que se sentían menos cómodas durante la intimidad, ya que permanentemente se preocupaban por su apariencia física y la falta de alguna de sus partes fomentan la inestabilidad emocional y poca confianza en sí mismas (Montalvo Prieto et al., 2016).

La relación encontrada entre la imagen corporal y algunas dimensiones de la calidad de vida, demostraron una necesidad de brindar un apoyo interdisciplinario a esta población, lo que resulta en concordancia con otros estudios (Archangelo et al., 2019), es de trascendencia para mujeres con cargas psicológicas que día a día enfrentan, por lo que se hace necesario e importante evaluar la capacidad de supervivencia y calidad de vida del paciente, centrándose en factores como la sexualidad, la imagen corporal y la depresión (Navarro Ibarra et al., 2015). La evaluación de estos factores y su impacto en la calidad de vida del paciente permite la implementación de medidas de apoyo por parte de un equipo multidisciplinario, la identificación de pacientes en riesgo y un tratamiento a medida en función de los resultados de la evaluación (Martínez-Basurto et al., 2014).

Los resultados demostraron una prevalencia de la obesidad en la población, lo cual concuerda con estudios como el de Aguilar Cordero et al. (2012) y Calero et al. (2015), al estimar que la obesidad es un factor de riesgo para el cáncer de mama, de la misma manera autores como Jiralerspong & Goodwin (2016), enuncian que los pacientes obesos se presentan con tumores más grandes y, de manera menos consistente, con un aumento de metástasis en los ganglios linfáticos y tumores de mayor grado y ello se explica al indicar que la grasa es un tejido metabólicamente activo con altos niveles de la enzima aromatasa

que convierte los andrógenos en estrógenos. Se ha propuesto que el exceso de producción de estrógeno a partir del tejido adiposo expandido como un posible mecanismo de los resultados adversos en mujeres obesas con CaMa (Jiralerspong & Goodwin, 2016).

El aumento del perímetro de cintura generó una predisposición al riesgo cardiovascular en las mujeres del estudio, que en palabras de Picon-Ruiz et al. (2017), denota que dicho aumento estimula los genes antiapoptóticos y la proliferación, invasión, angiogénesis y metástasis del cáncer de mama, donde varias citocinas proinflamatorias / proangiogénicas, incluidas IL-6, IL-8, CCL2, CCL5 y VEGF, que están elevadas en la grasa obesa y se asocian con un pronóstico desfavorable cuando se sobreexpresan en cánceres de mama primarios y, con mayor estadio, grado y con malos resultados.

9. Conclusiones

Se hizo evidente que las mujeres con cáncer de mama, presentan alteración en su calidad de vida y configuran una limitante para su bienestar físico y emocional, ya que una de las dimensiones de la calidad de vida con mayor afectación se relaciona con la función y disfrute sexual, hecho que para las mujeres está representada desde la acción de relacionarse con los demás, en este sentido se puede destacar la representatividad que tiene la pérdida de cabello y como esta impacta la imagen corporal de la mujer, lo que desde la experiencia del cáncer fomenta negatividad y está relacionada significativamente con la calidad de vida desde el componente sexual.

Se hizo evidente que la población presentó incidencia de obesidad como de riesgo cardiovascular, lo cual es un punto de relevancia para generar acciones de promoción de la salud desde el componente emocional y su vínculo con la imagen corporal.

Se concluye que existe relación entre las variables Experiencia del cáncer con la preocupación por la caída del pelo; Efecto del Tratamiento sistémico con el Funcionamiento sexual; Total imagen corporal con los síntomas del brazo; y Síntomas del brazo con síntomas de la mama, lo que permite evidenciar las dimensiones en la calidad de vida e imagen corporal que se deben tratar para disminuir el impacto en la salud y bienestar de las mujeres con diagnóstico de CaMa, lo que permite aceptar la hipótesis de investigación.

10. Recomendaciones

Los hallazgos de la presente investigación generan nuevos focos de estudio en la población con cáncer, entendiendo que no solo se trabaja desde la enfermedad, su tratamiento y seguimiento, sino desde una intervención holística de la mujer, en donde también deben primar sus emociones, sus necesidades, sus concepciones, su bienestar físico y mental. Por tanto, es necesario generar procesos de acompañamiento interdisciplinario que puedan aportar a una mejor integración en las actividades de su cotidianidad.

Desde otro punto de vista, se recomienda generar investigaciones que fomenten programas de estilos de vida saludable, como de alimentación saludable y el fomento de actividad física, que no solo aportarán a controlar factores de riesgo para la salud, como la obesidad y el riesgo cardiovascular, sino que ayudarán a mejorar la imagen corporal y por ende en la calidad de vida en las mujeres con cáncer.

Se recomienda que en futuras investigaciones se tomen todos los componentes de evaluación de la calidad de vida para pacientes con Ca, lo que permitirá generar una mejor lectura sobre las vivencias de la población con Ca.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., & de Haes, J. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Aguilar Cordero, M. ^a J., González Jiménez, E., García López, P., Álvarez Ferre, J., & Padilla López, C. A. (2012). Obesidad y niveles séricos de estrógenos: importancia en el desarrollo precoz del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1156–1159. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5854>
- Álvarez Hernández, C., Pérez, V., Brusint, B., Cuadrado Rouco, C., Díaz García, N., & Robles Diaz, L. (2014). Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (III / V). *Medicina de Familiar SEMERGEN*, 40(8), 460–472.
- Araujo, C. da C. R. de, Bergmann, A., Borgatto, A. F., Guimarães, A. C. de A., Benneti, M., Boing, L., Pereira, G. S., & Moratelli, J. (2017). Tempo Sentado, Imagem Corporal E Qualidade De Vida Em Mulheres Após a Cirurgia Do Câncer De Mama. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 23(5), 366–370. <https://doi.org/10.1590/1517-869220172305170333>
- Archangelo, S. de C. V., Neto, M. S., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*, 74. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e883>
- Argüello, L., Romero, I., & Meneses, A. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca*, 4(1), 478–518.

- Arrarás, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Láinez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC*. *Psicooncología*, 1(1), 87–98.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110087A/16333>
- Augsburger, J. J., Corrêa, Z. M., & Berry, J. L. (2020). Neoplasias intraoculares malignas. In *Oftalmología*.
- Balaban, S., Shearer, R. F., Lee, L. S., van Geldermalsen, M., Schreuder, M., Shtein, H. C., Cairns, R., Thomas, K. C., Fazakerley, D. J., Grewal, T., Holst, J., Saunders, D. N., & Hoy, A. J. (2017). Adipocyte lipolysis links obesity to breast cancer growth: adipocyte-derived fatty acids drive breast cancer cell proliferation and migration. *Cancer & Metabolism*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40170-016-0163-7>
- Benitez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles Del Psicólogo*, 37(1), 69–73.
- Biederman, E., Cohee, A., Monahan, P., Stump, T., & Champion, V. (2020). Psychometric development of a new body image scale for breast cancer survivors. In *Health Care for Women International* (Vol. 41, Issue 4, pp. 397–411).
<https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1615916>
- Botero De Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (Cvrs) En Adultos Mayores De 60 Años: Una Aproximación Teórica. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 11–24.
- Braña-Marcos, B., Carrera-Martínez, D., De La Villa-Santoveña, M., Vegas-Pardavilla, E., Avanzas Fernández, S., & Gracia Corbato, M. T. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: Calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2), 65–75.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.10.004>

Brishop, J. (2014). *Datos y cifras sobre el cáncer 2014*.

Cabrera, E., Stusser, B., Calix, W., Orlandi, N., Rodriguez, J., Cubas, I., Echeverria, R., &

Alvarez, A. (2017). Concordancia diagnostica entre siete definiciones de síndrome metabólico en adultos con sobrepeso y obesidad. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 34(1), 19–27.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2763>

Calero, P. A., Fabiola, L., Lemus, S. G., Sc, M., Asistente, P., & Corps, G. D. I. (2015).

Cuestionario para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Revista de Investigación En Salud UNIVERSIDAD De Boyacá*, 2(2), 195–218.

Castillo Gutiérrez, M., & Ávila Esquivel, J. F. (2010). Cáncer de mama: Etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel. *Arch Inv Mat Inf*, II(2), 85–90.

Castro, A. F., Loango, N., Ruíz, B., & Landázuri, P. (2011). The association between the angiotensin converter enzyme (ACE), AT1R and AT2R receptor gene polymorphisms and breast cancer : a case control study. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(1), 37–44.

Chalapud Narváez, L. M., & Rosero Cuevas, A. M. (2021). Nivel de sedentarismo y capacidad cardiorrespiratoria de estudiantes de secundaria, Popayán - Colombia. *Journal of Movement & Health*, 18(2), 1–15. [https://doi.org/10.5027/jmh-vol18-issue2\(2021\)art126](https://doi.org/10.5027/jmh-vol18-issue2(2021)art126)

Colas, T. S., Alejandro, A. J., Sánchez, M. I., Medrano, C. B., Grande, R. M., &

Hernández, A. M. (2021). *Revisión bibliográfica del cáncer de mama: análisis de*

datos. . 2(6), 49-undefined. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-del-cancer-de-mama-analisis-de-datos/>

- Coleman, M. P., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J.-M., Angelis, R. De, Capocaccia, R., Baili, P., Rachet, B., Gatta, G., Hakulinen, T., Micheli, A., SantH, M., Weir, H. K., Elwood, J. M., Tsukuma, H., Koifman, S., GulnarAzevedo, Francisci, S. S., Santaquilani, M., ... Young, J. L. (2008). Supervivencia del cáncer en fi cinco continentes- un mundial estudio de base poblacional (CONCORD). *The Lancet Oncology*, 9, 730–756.
- Cooke, R. (1997). Actomyosin interaction in striated muscle. *Physiological Reviews*, 77(3), 671–697. <https://doi.org/10.1152/physrev.1997.77.3.671>
- Derogatis, L. R. (1979). Breast and gynecologic cancers. Their unique impact on body image and sexual identity in women. *Frontiers of Radiation Therapy and Oncology*, 14, 1–11.
- Díaz, S., Wiesner Ceballos, C., Perry, F., Poveda Suárez, C. A., Carvajal Ochoa, A. M., Bermúdez Rivera, J. M., Puerto Jiménez, D. N., & Vergel Martínez, J. C. (2019). Educación en Colombia para la detección temprana del cáncer de mama. *Revista Colombiana de Cirugía*, 34(4), 329–337. <https://doi.org/10.30944/20117582.512>
- Dimitra Manos, J. S., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137–161.
- Djuric, Z., Ren, J., Brown, P. R., Ellsworth, J. S., & Sen, A. (2012). Lifestyle factors associated with serum N-3 fatty acid levels in breast cancer patients. *Breast*, 21(4), 608–611. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2012.02.003>

- Duffy, M. J., Walsh, S., McDermott, E. W., & Crown, J. (2015). *Biomarkers in Breast Cancer*. 8(1), 1–23. <https://doi.org/10.1016/bs.acc.2015.05.001>
- Faure, E., Soutelo, M. J., Fritz, C., Martin, A., Musri, Y., & Lutfi, R. (2018). ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y AGRESIVIDAD DEL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. *Medicina*, 78(3), 145–150.
- Ferri N, N., Ferri A, F., Ferri A, F., Brunicardi, R., Franco, A., & Franco, A. (2010). Revista Venezolana de Oncología. *Revsita Venezolana de Çoncologia* , 22(2), 94–102.
- Figueroa Varela, M. del R., Sierra, M. de los D. V., Heredia, M. E. R., & Delgado, R. M. (2017). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: Una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1–12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.eicm>
- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69–80.
- Gargantini, A. C., & Casari, L. M. (2019). Imagen Corporal y su Influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmedia-ta, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psicooncologia*, 16(1), 43–60.
- Gómez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., Hernández-Lloreda, M. J., & Sánchez-Bernardos, M. L. (2015). The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 23(2), 473–481. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2383-0>

- González-García-Rojas, E. A., Murillo-Ortiz, B., Murguía-Pérez, M., Suárez-García, D., & Martínez-Garza, S. (2019). Cáncer de mama triple negativo y su relación con la obesidad. *Revista Mexicana de Mastología*, *9*(2), 38–43.
www.medigraphic.com/revmexmastolwww.medigraphic.org.mx
- Hermosilla Palma, F., Castelli De Campos, L. F., Cossio Bolaños, M., Rocha Luarte, C., Medina Monsalve, G., Garrido Bastías, C., de La Hoz Riquelme, D., & García Ortega, M. (2021). Índice de masa corporal, velocidad de marcha y fuerza de prensión manual en mujeres mayores chilenas. *Retos*, *43*, 135–142.
<https://doi.org/10.47197/retos.v43i0.88743>
- Hernández Rodríguez, J., & Duchi Jimbo, P. N. (2015). Índice cintura/talla y su utilidad para detectar riesgo cardiovascular y metabólico TT - Waist-to-height ratio and its usefulness in detection of the cardiovascular and metabolic risk. *Rev. Cuba. Endocrinol*, *26*(1), 66–76.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (McGraw-Hill, Ed.).
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, *37*(2), 189–197.
[https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00353-1](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-1)
- Irrarrazaval, E., Rodríguez, P., Fasce, G., Silva, F., Waintrub, H., Torres, C., Barriga, C., Fritis, Ma., & Marin, L. (2013). Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Rev. Med. Chile*, *141*, 723–734.
- Jiralerspong, S., & Goodwin, P. J. (2016). Obesity and breast cancer prognosis: Evidence,

challenges, and opportunities. *Journal of Clinical Oncology*, 34(35), 4203–4216.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.4480>

Lozano-Ascencio, R., Gómez-Dantés, H., Lewis, S., Torres-Sánchez, L., & López-Carrillo, L. (2009). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud Publica de Mexico*, 51(SUPPL.2), 147–156. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000800004>

Maffuz-Aziz, A., Labastida-Almendaro, S., Espejo-Fonseca, A., & RodríguezCuevas, S. (2017). Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. *Cirugia y Cirujanos*, 85(3), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.08.004>

Martínez-Basurto, A. E., Lozano-Arrazola, A., Rodríguez-Velázquez, A. L., Galindo-Vázquez, O., & Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncologia*, 13(1), 53–58.

Mejía-Rojas, M. E., Contreras-Rengifo, A., & Hernández-Carrillo, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomedica*, 40(2), 349–361. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>

Mirjana, U., Dragan, A., Srdic, ;, Biljana, G., Tatjana, P., & Zoran, R. (2020). Anthropometric and Somatotype Characteristics of Women with Breast Cancer. *Int. J. Morphol*, 38(2), 448–457.

Molano-Tobar, N. J., Chalapud Narvárez, L. M., & Villaquirán Hurtado, A. F. (2021). Estimación de obesidad desde índices de adiposidad en universitarios de Popayán, Colombia. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 16(48), 301–309. <https://doi.org/10.12800/CCD.V16I48.1753>

- Molano-Tobar, N. J., Ordoñez-Fernández, M. Y., & Molano-Tobar, D. X. (2017). Cambios antropométricos y asociación del nivel de actividad física en docentes universitarios. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14(2), 38. <https://doi.org/10.22463/17949831.1109>
- Molano-Tobar, N. J., & Vélez Varela, P. E. (2017). Percepción Acerca Del Cáncer De Mama En Un Grupo De Mujeres De Un Hospital En Popayán, Colombia Breast Cancer Perception in a Group of Women in a Hospital in Popayán, Colombia. *Revista MHSalud®*, 13(2), 1659–1697. <https://doi.org/10.15359/mhs.13-2.5>
- Montalvo Prieto, A. A., Fajardo Rocha, H., Angulo Yepes, T. B., Flórez Navas, D. E., Caffroni Monterroza, R. A., & Fajardo Torres, Y. M. (2016). Condiciones Sociodemográficas Y Nivel De Incertidumbre En Mujeres Ante El Diagnóstico De Cáncer De Mama Tt - Demographic Conditions and Level of Uncertainty in Women Facing the Diagnosis of Breast Cancer Tt - Condições Demográficas E Nível De Incerteza . *Hacia La Promoción de La Salud*, 21(2), 114–126. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.9>
- Muñoz, C. O., Muñoz, N. L. S., Díaz, D. H., Cañizares Luna, O., Alvarez-Guerra, E., & Artiles Santana, A. (2018). Anthropometric indicators for the characterization of body adiposity in healthy pregnant women at the beginning of pregnancy. *Cuban Society of Cardiology*, 10(4), 274–285.
- Navarro Ibarra, M., Caire Juvera, G., Ortega Vélez, M., Bolaños Villar, A., & Saucedo Tamayo, M. (2015). Influencia de los factores reproductivos , la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres Mexicanas. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 291–298. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.9049>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Incidence, Mortality and prevalence by cancer*

site.

- Pardo, C., & de Vries, E. (2017). Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2017.01.003>
- Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. In *Cancer Nursing* (Vol. 39, Issue 1, pp. E39–E58). <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>
- Pereira, L. D. A., Brandão-Souza, C., Musso, M. A. A., Calmon, M. V., Neto, S. B. C., Miotto, M. H. M. de B., Zandonade, E., & Amorim, M. H. C. (2017). Quality of life of women with pre-and post-operative breast cancer. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 35(1), 109–119. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a13>
- Picon-Ruiz, M., Morata-Tarifa, C., Valle-Goffin, J. J., Friedman, E. R., & Slingerland, J. M. (2017). Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and strategies for intervention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(5), 378–397. <https://doi.org/10.3322/caac.21405>
- Pineda-Higueta, S., Andrade-Mosquera, S., & Montoya-Jaramillo, Y. (2017). Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama . Medellín 2013. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 16(32), 85–95. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.facv>
- Puigpinós-Riera, R., Castillo Gómez, A., Romero Morales, A., Aller, M., Castells, X., & Sala, M. (2019). Determinantes sociales y clínicos del uso de servicios sanitarios en mujeres con cáncer de mama (CohorteDAMA). *Gaceta Sanitaria*, 33(5), 434–441.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.014>

- Quesada Leyva, L., León Ramentol, C. C., Betancourt Bethencourt, J., & Nicolau Pestana, E. (2016). Elementos teóricos y prácticos sobre la bioimpedancia eléctrica en salud. *Arch. Méd. Camaguey*, *20*(5), 565–578.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología Desde El Caribe*, *30*(3), 591–619.
- Quijano Vodniza, A. J. (2009). *Guía de investigación cuantitativa*.
- 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. *Memorias Del Instituto de Investigaciones En Ciencias de La Salud*, *10*(2), 13–29.
- Robles-Agudo, F., Sanz-Segovia, F., López-Arrieta, J. M., & Beltrán de la Ascensión, M. (2005). Alimentación y cáncer. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol.*, *40*(3), 184–194.
- Robles-Espinoza, A. I., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E. V., & Nava-Zavala, A. H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Medigradphi-El Residente*, *11*(3), 120–125.
- Rocha-Buelvas, A., Trujillo-Montalvo, E., Hidalgo-Patiño, C., Hidalgo-Eraso, Á., & Carga, H.-E. A. (2014). Carga de cáncer del departamento de Nariño y subregiones, Colombia, 2010. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, *32*(3), 340–354.
- Rodríguez Adams, E. M. (2012). Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Quality of life and perception of health in medium age life's women. *Invest Medicoquir*, *4*(1), 245–259.

- Rodríguez, E. R., & Rill, R. D. (2018). Calidad de vida en la tercera edad desde la universidad del adulto mayor. *REvista de Información Científica*, *1*, 192–205.
- Rodríguez-Cuevas SA, Guisa-Hohenstein F, Labastida-Almendaro S, Espejo-Fonseca R, Capurso-García M, Ruvalcaba-Limón E, Ramírez-Bollas J, Rodríguez-Flores G, Madero-Preciado L, & Serratos-Garduño E. (2009). Resultados del primer programa de detección oportuna de cáncer de mama en México mediante pesquisa con mastografía. *GAMO*, *8*(3), 83–96.
- Rose, E. H. De, Teresa, M., Clemente, A., & Metodo, E. L. (2005). FORMACION CONTINUADA EN MEDICINA DEL DEPORTE. La Cineantropometría en la evaluación funcional del atleta. *Archivo Medicina Deporte*, *1*(84), 45–53.
- Sánchez, R., Sierra, F. A., & Martín, E. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances En Psicología Latinoamericana*, *33*(3), 371–385.
<https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01>
- Sánchez, R., Venegas, M., Otero, J., & Sánchez, O. (2009). Adaptación transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia: EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. In *Revista Colombiana de Cancerología* (Vol. 13, Issue 4, pp. 205–212). [https://doi.org/10.1016/s0123-9015\(09\)70119-2](https://doi.org/10.1016/s0123-9015(09)70119-2)
- Sirvent Belando, J. E., & Garrido Chamorro, R. P. (2009). *Valoración antropométrica de la composición corporal: Cineantropometría - José Enrique Sirvent -*.
- Solidoro Santisteban, A. (2006). Cáncer en el Siglo XXI. *Acta Medica Peruana*, *23*(2), 112–118.
- Sosa Sánchez, R. (2013). La construcción cultural de la identidad femenina: La iconografía del cuerpo como propuesta artística desde la sociología del género. *Revista Estudios*