



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2023-03-07

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. EDWIN VELASQUEZ, Prof. JESSICA AGEVEDO y Prof. LILIANA MUÑOZ, Reunidos en: Centro Clínico Universitario de Oriente

a la hora: 7:30 AM

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES POST-MASTECTOMIA RADICAL. UNIDAD ONCOLÓGICA "VIRGEN DEL VALLE". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JUNIO-DICIEMBRE 2023

Del Bachiller **HIRANNY VANESSA BARRIOS RIVAS C.I.: 26264650**, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 19 días del mes de Marzo de 2024

Prof. EDWIN VELASQUEZ
Miembro Tutor

Prof. JESSICA AGEVEDO
Miembro Principal

Prof. LILIANA MUÑOZ
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
Coordinador comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez s/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Plaza Boga- Ciudad Bolívar- Edo Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2023-03-07

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. EDWIN VELASQUEZ Prof. JESSICA ACEVEDO y Prof. LILIANA MUÑOZ, Reunidos en: Centro Clínico Universitario de Oriente

a la hora: 7:30 Am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES POST-MASTECTOMIA RADICAL, UNIDAD ONCOLÓGICA "VIRGEN DEL VALLE". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JUNIO-DICIEMBRE 2023

Del Bachiller LUIS ANTONIO CHAPARRO SIFONTES C.I.: 27113970, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 19 días del mes de Marzo de 2024

Prof. EDWIN VELASQUEZ
 Miembro Tutor

Prof. JESSICA ACEVEDO
 Miembro Principal

Prof. LILIANA MUÑOZ
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Av. José Méndez s/c Colambo Silva- Sector Barrio Apuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
 Teléfono (0285) 6324976



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

**ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES POST-MASTECTOMIA
RADICAL. UNIDAD ONCOLÓGICA “VIRGEN DEL VALLE”. CIUDAD
BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JUNIO-DICIEMBRE 2023.**

Tutor académico:

Dr. Edwin Velásquez

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Barrios Rivas, Hiranny Vanessa

C.I: 26.264.650

Br: Chaparro Sifontes, Luis Antonio

C.I: 27.113.970

Como requisito parcial para optar por el título Médico cirujano

Ciudad Bolívar; Marzo 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	ix
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
METODOLOGÍA.....	17
Tipo De Investigación.....	17
Población y Muestra.....	17
Criterios de Inclusión.....	17
Criterios de Exclusión.....	18
Procedimiento.....	18
Instrumentos De Recolección De Datos.....	18
Interpretación.....	19
Análisis E Interpretación De Los Datos.....	20
RESULTADOS.....	21
Tabla 1.....	21
Tabla 2.....	22
Tabla 3.....	23
Tabla 4.....	24
Tabla 5.1.....	25
Tabla 5.2.....	26

Tabla 5.3	27
Tabla 6	28
Tabla 7.1	29
Tabla 7.2	31
Tabla 7.3	33
Tabla 8	35
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÉNDICES	52
Apéndice A	53
ANEXOS	54
Anexo 1	55
Anexo 2	56

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar cada uno de mis pasos, por darme luz en momentos en donde pensé no continuar en este largo camino, por darme las fuerzas necesarias para hacer realidad este momento que desde los 6 años ya había proyectado para mi vida.

A mis padres, Hiram Barrios por ser mi base de enseñanzas y en especial a mi madre Nellys Rivas porque sé que sin su apoyo y sus sacrificios nada de esto se hubiese materializado, mi fiel soporte, mi dulce compañera de lágrimas y mi fortaleza para demostrarme que sí puedo.

A mis hermanos, Roger, Marlys, Richard, Hiram e Hirallys por ser mi motivación para seguir adelante, por su preocupación y ocupación para conmigo porque con sus esfuerzos y su amor han hecho de mi lo que soy hoy día, los amo.

A mis amigos, porque en este largo transitar la vida me ha demostrado que tu familia no solo son aquellos con los que compartes un componente sanguíneo sino aquellos que se preocupan por ti como por ellos mismos, Luisana mi fiel amiga que por cosas del destino tuvo que distanciarse geográficamente, María, Luis y Ángel, son un tesoro muy valioso que espero poder preservar siempre. Mi grupo que me apoyo cuando me sentía sola en las aulas udistas: Alexander, Ricardo, Génesis y Mónica, gracias por su amistad.

A mi tutor, que desde el primer momento fue fuente de inspiración de lo que me gustaría proyectar y de lo que quiero ser, por su valor humano que hizo posible que naciera la idea de realizar este trabajo de investigación.

A la Universidad de Oriente, por permitirme cumplir mi sueño que creció en sus aulas y que hoy me hace sentirme udistista y orgullosa de egresar de la casa más alta.

A cada una de las personas que me ayudaron en este camino que aunque no las nombre me siento muy agradecida de tenerlas en mi vida.

Hiranny Vanessa Barrios Rivas

AGRADECIMIENTOS

Primeramente le doy gracias a Dios por la vida, y salud, haber guiado cada uno de mis pasos, darme fuerzas en el difícil camino recorrido de ésta carrera y por toda la sabiduría e inteligencia que me a proporcionado para obtener cada uno de mis objetivos propuestos.

Agradezco a mí papá Luis José Chaparro Vicuña, por la educación, amor y apoyo incondicional que me brinda día a día, para mantenerme en pie y seguir adelante. Con sus palabras que siempre me ayudan a calmarme en los momentos difíciles.

También le doy gracias a mi mamá Mayuliz Del Valle Sifontes Sagaray porque eres un pilar fundamental en mi vida, por la educación, y los valores que sembraste en mí que me hacen la persona que soy hoy e intentar superarme cada día.

Agradezco a mí novia Emberly Yudeisy Salazar Vargas, por el apoyo sobrehumano que me dado a lo largo de la carrera, gracias por siempre creer en mí, y ayudarme en los momentos más difíciles.

A mis hermanos María Chaparro y José Rojas gracias por su amor y su apoyo incondicional son los mejores

A cada uno de mis amigos, Vanessa Barrios, Luisana Chacón, Ángel Villegas, María Aray, Jordy Rodríguez; ustedes que siempre han estado para mí cuando más los he necesitado gracias por su amistad.

Luis Antonio Chaparro Sifontes

DEDICATORIA

A mi amada madre, porque sin ti nada hubiese sido posible, eres fuente de inspiración para tus hijos, eres guerrera, fuerte y me mantienes firme en cada paso que doy, por muy nublado que parezca mi vida siempre estás ahí, a mi lado.

A mis hermanos ya que sin su amor no sería lo que hoy soy.

Para ustedes dedico este y cada uno de mis logros

Hiranny Vanessa Barrios Rivas

DEDICATORIA

A Dios, ante todo, por darme salud, perseverancia, enfoque, inteligencia y bendiciones constantes. Que toda la Gloria sea para ti

A mi papá, por ser el apoyo principal siempre haciéndome sentir capaz de lograr todo lo que me propongo; ayudarme a mantenerme centrado en lo más importante durante los altibajos de mi vida.

A mí mamá, por el amor incondicional que siempre me brinda, y sus buenos consejos en los momentos más difíciles

A cada uno de mis familiares, por estar siempre pendiente de mi bienestar y apoyarme.

A mis doctores, que gracias a su esfuerzo, profesionalismo, dedicación y motivación me han ayudado a aprender el arte de la Medicina.

Luis Antonio Chaparro Sifontes

**ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES POST-MASTECTOMIA
RADICAL MODIFICADA TIPO MADDEN. UNIDAD ONCOLÓGICA
“VIRGEN DEL VALLE”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JUNIO-
DICIEMBRE 2023.**

Barrios Rivas, Hiranny Vanessa, Chaparro Sifontes, Luis Antonio

RESUMEN

Padecer cáncer de mama resulta un acontecimiento estresante que genera sufrimientos y cambios en la vida de las personas, cuando las mamas son invadidas por esta enfermedad, denota en muchas ocasiones su pérdida, produciendo estados emocionales negativos. Objetivo general: Determinar el estado emocional en pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden, atendidas en la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, durante el período junio-diciembre 2023. Metodología: Estudio no experimental, observacional y descriptivo, de corte transversal. Se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la escala DASS-21, además de una hoja adicional para recolectar información sociodemográfica básica. La población fue de 22 pacientes y la muestra estuvo conformada por 20 de ellos. Resultados: Predominaron mujeres con 50 - 59 años 50,0% (n=10), seguido de edades entre 60 - 69 años 25,0% (n=5), 45,0% (n=9) fue casada y solteras 40,0% (n=8), 70,0% (n=14) se dedicaba al hogar, el tiempo desde la operación en 35,0% (n=7) fue 4 – 6 meses y 25,0% (n=5) 7 – 9 meses, 25,0% (n=5) presentó depresión, 65,0% (n=13) tuvo ansiedad y 30,0% (n=6) presentó estrés; la satisfacción vital mostró que 45,0% (n=9) estuvo muy satisfecho y 35,0% (n=7) satisfecho con su vida. Conclusión: Se demostró una baja frecuencia de depresión, ansiedad y estrés y un grado de satisfacción con la vida alto, no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables clínico-epidemiológicas abordadas.

Palabras claves: Estrés, ansiedad, depresión, satisfacción vital, mastectomía, oncología.

INTRODUCCIÓN

La palabra cáncer (CA) es griega y significa cangrejo, se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada y con ramificaciones similares a las de un cangrejo marino, y de ahí se deriva su nombre. El cáncer de mama constituye la proliferación acelerada, desordenada y descontrolada de células con genes mutados, dichos genes actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria; esta entidad además de ser sumamente mortal, depende mucho de su histología, su biología molecular y el estadio al momento del diagnóstico^{1, 2}.

En la actualidad, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común a nivel mundial, representa el 12,5 % de todos los casos de cáncer nuevos por año en todo el mundo. Esta patología además, representa el tumor maligno más frecuentes en las mujeres, desde enero de 2022, en Estados Unidos, hay más de 3,8 millones de mujeres con antecedentes de cáncer de mama, esto incluye a las mujeres que actualmente reciben tratamiento y a las que lo terminaron; no obstante, los hombres también pueden sufrir cáncer mamario, con una proporción entre mujeres y varones de 100:1. Alrededor del 85 % de los casos de cáncer de mama se producen en mujeres sin antecedentes familiares de este tipo de cáncer. Estos casos ocurren debido a mutaciones genéticas producto del proceso de envejecimiento y de la vida en general, más que a mutaciones heredadas²⁻⁴.

Este tumor es dependiente de hormonas, las mujeres con menarca tardía, menopausia temprana y primer embarazo a término antes de los 18 años tienen una reducción significativa del riesgo. En etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos, siendo solamente detectable por estudios de imagen como mamografía, ultrasonido y resonancia magnética, en menor proporción

por clínica como tumoraciones palpables; sin embargo otra forma de presentación común es como un tumor no doloroso que hasta en 30% se asocia a adenopatías axilares. Para el diagnóstico de un paciente con sospecha de cáncer de mama, la biopsia por aguja gruesa se considera como el Gold Estándar para confirmación histológica²⁻⁴.

En función del avance de la enfermedad, la mujer con cáncer de mama puede ser sometida a diferentes formas de tratamiento, entre los que destacan: Radioterapia, refiriéndose esta al ataque directo a células malignas aplicando energía producida por rayos X; quimioterapia tratándose de medicamentos que destruyen células malignas con capacidad de reproducirse y formar otro cáncer; tratamiento hormonal, igual que la quimioterapia en forma medicamentosa, pretende limitar la función reproductiva de las células cancerosas y cirugía, suponiendo la mastectomía la primera modalidad de intervención para el cáncer de mama ⁵⁻⁶.

De los tratamientos mencionados, la cirugía supone un fuerte impacto emocional en la mujer por la afectación de su estructura física y emocional, sobre todo cuando es el caso de una mastectomía radical. La mastectomía consiste en la extirpación de la mama, gran parte de la piel de la pared torácica y nódulos; dicha mutilación, debido a la concepción cultural de las mamas como símbolo de feminidad, sexualidad y capacidad reproductora, puede desembocar en diferentes conflictos emocionales como sentimientos de pérdida y desvalorización de la imagen corporal⁵⁻⁷.

La pérdida de uno o de ambas mamas repercute sobre la autoestima y autopercepción corporal de la mujer, constituyendo una deformidad visual importante en su cuerpo que predispone la aparición de un mayor número de problemas psicosociales. Las emociones, pueden ser expresadas tanto a nivel social e interpersonal en forma de ira, rabia, tristeza, frustración o involucrando reacciones

psicofisiológicas como taquicardia, hipertensión, disminución de la irrigación sanguínea en piel, aumento de la circulación en músculos, etc. 5-6.

Al ser el estrés una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, pues constituye una reacción fisiológica del organismo en la cual entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada, es común que se vea altamente involucrado en el proceso post-quirúrgico de pacientes sometidas a mastectomía, pues no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo son productores de estrés, en el caso del ser humano, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés⁸⁻⁹.

Algunos autores diferencian dos tipos de estrés, el estrés positivo/bueno o “eustrés” y estrés negativo/malo o “distrés”; el primero provoca una adecuada activación orgánica, necesaria para superar con éxito una situación complicada, siendo considerado normal y deseable pues tener una cierta activación en algunas situaciones; además de ser adaptativo, es estimulante y necesario para el desarrollo de la vida en bienestar. El distrés por su parte, es desagradable, ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga; provoca una inadecuada, excesiva o desregulada activación psicofisiológica así como sufrimiento y desgaste personal⁸.

En el estrés se describen tres fases sucesivas de adaptación que fueron descritas por Selye ya en 1936, a las que llamó “Síndrome General de Adaptación”; la fase de alarma, la cual ocurre ante la aparición de un peligro o estresor; en esta, se produce una reacción durante la cual disminuye la resistencia por debajo de lo normal, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante^{8, 10}.

Esta primera fase supone la activación del eje hipófisis - suprarrenal; existiendo una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas siempre iguales, aunque de mayor a menor intensidad: se produce una movilización de las defensas del organismo, aumenta la frecuencia cardíaca, se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos, se produce una redistribución de la sangre, que abandona los puntos menos importantes, como es la piel y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción. Aumenta la capacidad respiratoria, se produce una dilatación de las pupilas, aumenta la coagulación de la sangre y aumenta el número de linfocitos¹⁰.

La fase de resistencia es la segunda, aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación; en esta los niveles de corticoesteroides se normalizan, tiene lugar una desaparición de la sintomatología. Y posteriormente aparece la fase de agotamiento, la misma ocurre cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos del individuo para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; en esta fase se produce una alteración tisular y aparece la patología llamada psicósomática¹⁰.

La exposición a situaciones de estrés no es en sí misma algo "malo" o que conlleve a efectos necesariamente negativos, solo cuando las respuestas de estrés son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas pueden producirse diversos trastornos en el organismo. Existen además, respuestas ante el estrés, psíquicas y de conducta; siendo las más generalizadas: incapacidad para concentrarse; dificultad para tomar decisiones, incluso las más sencillas; pérdida de la confianza en sí mismo o en sí misma; irritabilidad; preocupaciones y ansiedad; temores irracionales o pánico sobrecogedor. La última etapa del estrés se caracteriza además por fatiga, ansiedad y depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente^{8, 10}.

Por otro lado, la ansiedad se entiende como una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones, la misma constituye una respuesta habitual a diferentes acontecimientos cotidianos estresantes. Sin embargo, la ansiedad puede convertirse en patológica cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa del individuo, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. La ansiedad también puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión. Cuando esta se vuelve patológica suele afectar los procesos mentales, produciendo distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo en el paciente, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando de manera evidente la funcionalidad del individuo¹¹.

Las causas de la ansiedad patológica no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales; y entre los factores psicosociales se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. También toman relevancia factores predisponentes como, características de la personalidad; además, de ser muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo. En pacientes oncológicos, la ansiedad suele estar relacionada con el problema físico de salud, o también ser un efecto secundario de algunos medicamentos o constituir un trastorno psiquiátrico primario^{3, 12}.

Los síntomas físicos de la ansiedad pueden ser vegetativos tales como sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad; neuromusculares como temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias; cardiovasculares dentro de los que figuran palpitaciones, taquicardias, dolor precordial; respiratorios pudiendo mencionar la disnea; digestivos como náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento,

aerofagia, meteorismo y/o genitourinarios siendo algunos micción frecuente, problemas de la esfera sexual. Algunos de los síntomas psicológicos y conductuales son preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud, desasosiego, conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor u obsesiones o compulsiones¹².

El diagnóstico se realiza por medio de los criterios indicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría; y las medidas terapéuticas para este tipo de afectación dependerán de cuánto afecte la capacidad de desarrollar la vida diaria, siendo los principales la psicoterapia y los medicamentos siendo posible y beneficiosa la combinación de ambos¹³.

La ansiedad comparte síntomas, bases neurobiológicas y factores etiológicos con otra alteración psiquiátrica, la cual es la depresión, a grado tal de dificultar su diagnóstico diferencial y el abordaje conjunto cuando cursan de forma comórbida. Expertos afirman que la ansiedad puede presentarse como un síntoma de la depresión clínica; de hecho, más de la mitad de los pacientes con depresión tienen ansiedad; siendo esta una comorbilidad tan frecuente, casi representa la norma¹⁴.

La depresión, es un trastorno caracterizado por un descenso persistente en el ánimo, pensamientos negativos y síntomas somáticos; se considera uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y que provoca mayor discapacidad, con gran impacto en la comunidad, incluso mayor que muchas enfermedades médicas crónicas. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves y en el peor de los casos puede llevar al suicidio¹⁵⁻¹⁷.

En la génesis de la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. Hasta el momento, las causas de dicha disfunción sináptica no han sido develadas en su totalidad, pero parecen existir factores genéticos y ambientales¹⁶.

Actualmente, tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, como la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), categorizan los episodios depresivos en función de su gravedad, por suma de síntomas y por tiempo de duración del cuadro, descartando formas cualitativamente diferentes en los trastornos depresivos. El diagnóstico de cada uno de los episodios depresivos está basado en un interrogatorio hecho al paciente en donde se exploran criterios sobre su estado de ánimo, actividades cotidianas y pensamientos constantes¹⁸.

Se ha establecido mundialmente que el tratamiento más adecuado para la depresión es aquel que combina el uso de fármacos antidepresivos con psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal. Por lo anterior, no es inusual que a nivel emocional, las pacientes sometidas a una mastectomía presenten mayor incidencia de trastornos de ansiedad y depresión. Un 30% de ellas sufrirá problemas psicológicos expresados por sentimientos de: distorsión física, pérdida de autoestima, culpa, apatía, temor, disminución de la actividad sexual, mutilación, etc. Por ello, es necesario el desarrollo de terapias que ayuden a paliar el impacto psicológico del tratamiento del cáncer mamario, por otro lado, se ha demostrado que aquellas mujeres con altos niveles de autoestima, apoyo social y estilos de afrontamiento tendrán un mejor bienestar psicológico tras la intervención quirúrgica^{19, 20}.

Se han descrito 3 fases durante el proceso de aceptación postmastectomía: 1. fase de supervivencia: valorar la vida, ante todo, 2. fase de negación de la pérdida de la mama y 3. Inicio del mecanismo de afrontamiento de la pérdida. La negación, el distanciamiento y el pensamiento mágico se han descrito como algunas de las estrategias de afrontamiento con función paliativa a lo largo del diagnóstico e intervención quirúrgica. Por otro lado, la resignación o aceptación estoica, así como la represión emocional y conductual se consideran estrategias de afrontamiento pasivas que inhiben el proceso de duelo por pérdida corporal^{6, 7}.

A nivel cognitivo, el sufrimiento emocional va a estar ligado con el significado que cada persona atribuya al suceso, con las creencias que la mujer tenga sobre su imagen corporal y sobre sí misma, así como con las habilidades de afrontamiento personales que disponga. Muchas de las mujeres tienden a realizar elaboraciones que denotan el diagnóstico de cáncer de mama como un desafío y una amenaza para la vida; la connotación catastrófica de cáncer relacionado con una muerte anticipatoria impide que las mujeres puedan hablar sobre el mismo⁵.

Una de las principales distorsiones cognitivas de estas pacientes es la percibir la zona afectada como una deformidad, provocando creencias disfuncionales en relación con la pérdida de atractivo sexual, su valor como persona y su identidad sexual. Todo ello, puede derivar en que la mujer se encuentre en un estado de alerta constante e incluso evite interacciones sociales aun cuando la deformidad no sea obvia para los demás. Otro elemento que considerar tras la cirugía y recuperación es que la mujer puede asociar creencias disfuncionales evocando sentimientos de inutilidad y dependencia de otros por las limitaciones que supone la recuperación quirúrgica y la consiguiente delegación de responsabilidades y roles⁵.

A nivel conductual, se pueden identificar conductas irracionales desadaptativas, como: evitación de relaciones interpersonales y aislamiento por vergüenza y temor al

rechazo del entorno; evitar mirar al espejo o mirar directamente la zona afectada: tendencia a magnificar el tamaño de la deformidad y cicatrices; cambio de vestuario utilizando ropa para ocultar la deformidad y problemas sexuales por la percepción cultural de la mama asociada a sexualidad (disminución frecuencia de la actividad coital y anorgasmia). Las mujeres mastectomizadas perciben su cuerpo como mutilado, lo que supone un impacto sobre su identidad femenina al mismo tiempo que experimentan sentimientos de inseguridad en las relaciones sexuales, se ha observado una disminución en la frecuencia de actividad sexual y la aparición de sentimientos de vergüenza al mostrar la zona amputada⁶.

En vista de esto, el bienestar de esta población resulta motivo de estudio, entendiéndose este como el estado del individuo en el que se encuentran satisfechas sus necesidades, tanto objetivas como subjetivas. Con cierta frecuencia, se utiliza el concepto de bienestar subjetivo indistintamente con el de satisfacción vital y felicidad, no obstante, existe hoy un relativo consenso acerca del bienestar subjetivo, el cual es un constructo más amplio con dos componentes: la satisfacción vital (componente cognitivo) y la felicidad (componente emocional-afectivo). Siendo la satisfacción vital un juicio de largo plazo con tendencia a mayor consistencia transituacional y estabilidad temporal que la felicidad, pues esta última se refiere al resultado favorable del balance de los afectos positivos versus los negativos experimentados por una persona recientemente²¹⁻²⁴.

La satisfacción vital ha sido definida como la evaluación cognitiva global de un individuo sobre sus condiciones y logros de vida, en comparación con sus necesidades y expectativas, a la luz de sus valores personales y socioculturales. Partiendo de esto, es importante acotar que la teoría cognitiva se basa sobre un proceso de información, resolución de problemas y un acercamiento razonable al comportamiento humano, donde los individuos usan la información que ha sido generada por fuentes externas (propagandas) y fuentes internas (memoria). Esta

información de pensamientos procesados, transferidos dentro de significados o patrones y se combinan para formar juicios sobre el comportamiento; esta teoría resulta sumamente importante dentro de la satisfacción vital pues el ser humano a través de su bienestar subjetivo se siente satisfecho o no y hace un juicio cognitivo de forma global si le gusta o no lo que realiza o hace²⁵.

La satisfacción vital entonces, hace referencia a un juicio global sobre la propia vida, es decir, una valoración que se realiza a largo plazo sobre si las condiciones de vida responden a las aspiraciones. La revisión de la literatura ofrece, como factores relacionados con el nivel de satisfacción vital la autoestima, el bienestar material percibido, el prejuicio percibido y la identidad endogrupal, sabiendo que esta incrementa cuando también lo hace la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito en la vida, así mismo, el nivel educativo puede funcionar como un buen predictor de la satisfacción vital, mostrando que a medida que se ocupan puestos más altos en la jerarquía de la organización, mayor va a ser el bienestar personal de la persona. Sin embargo, estas correlaciones varían a través de cada cultura, tomando en cuenta el grado de riqueza, el grado de individualismo o colectivismo, las diferencias lingüísticas, étnicas y de religión de cada país^{26, 27}.

Respecto a la autoestima, la cual corresponde a la valoración positiva o negativa que se hace de sí mismo, es la predisposición a saberse apto para la vida y para satisfacer las propias necesidades, el sentirse competente para afrontar los desafíos que van apareciendo y merecedor de felicidad. Se ha comprobado que es un predictor mayor de medidas de satisfacción vital en culturas individualistas de lo que es en culturas colectivistas, pues las primeras construyen el bienestar más sobre logros individuales ligados a la autoestima, mientras las segundas lo basan en las relaciones con personas cercanas; por tanto este constituye un factor controversial²⁸.

Se ha señalado que el factor cognitivo y emocional es una de las principales características que influyen en el bienestar psicológico de la persona. Estos dos factores guardan una relación entre sí, personas que experimentan sensaciones agradables y tienen un alto bienestar presentan mayor probabilidad de mostrarse felices con su vida, por lo que con frecuencia su estado de ánimo es muy bueno y las emociones displacenteras que experimentan suelen ser muy escasas; no obstante los componentes afectivos y cognitivos influyen entre sí debido a la valoración que realiza el individuo acerca de acontecimientos que pasan a su alrededor, actividades y circunstancias, y en ocasiones puede diferir ya que la percepción puede ser adecuada, pero para el balance afectivo puede a veces no tener un valor positivo²⁹⁻³⁰.

Un estudio realizado por Li, et al., en China (2018) demostró como la imagen corporal multifacética postoperatoria del 60% de las participantes predice el afecto negativo 6 meses después de la cirugía entre mujeres que se someten a una mastectomía. En total, 310 mujeres se sometieron a dicha intervención y se concluyó que mejorando la vulnerabilidad y la preocupación por su imagen corporal, se puede reducir el efecto negativo posterior a la mastectomía³¹

Khan, et al., (2018) posteriormente buscó comprender el patrón de ansiedad y el nivel de depresión entre 88 pacientes paquistaníes sometidas a mastectomía, de las cuales 41% tenían entre 51 y 60 años, se encontró que el patrón de depresión y ansiedad era similar entre todas las categorías de edad, predominando la depresión severa y la ansiedad sobre el nivel moderado de dichos síntomas, y solo relativamente pocos pacientes sufrían síntomas de depresión leves o nulos³².

En India, Thakur, et al. (2022) evaluaron la angustia psicológica y los trastornos de la imagen corporal después de la mastectomía radical modificada entre 165 sobrevivientes de cáncer de mama. Las tasas de depresión, ansiedad y estrés fueron 27,8%, 31,5% y 24,8%, respectivamente, la mayoría de los pacientes (92 %)

experimentaron alteraciones de la imagen corporal, y las sobrevivientes de cáncer de mama que completaron el tratamiento dentro de los 12 meses tenían más probabilidades ($p < 0,01$) de tener alteraciones de la imagen corporal que las mujeres que habían pasado mucho tiempo desde la finalización del tratamiento³³.

A nivel latinoamericano, en México, Coronel (2018) identificó la presencia de ansiedad y depresión en 40 mujeres post-mastectomía de la UMF-80; la edad de la población en estudio fue de 50-54 años de edad (27,5%), con una media de 56,8 años en mujeres mastectomizadas, existió ansiedad ligera (48%) y depresión moderada (27,6%). Se presentó ansiedad somática y psíquica en un 76% de los casos. Hubo relación en cuanto al estrado civil y escolaridad, siendo más frecuente en nivel primario, mujeres casadas y nivel socioeconómico medio alto³⁴.

En Brasil, Siqueira, et al., (2020) evaluaron la satisfacción de 81 mujeres que se sometieron a una mastectomía tratada con y sin reconstrucción mamaria, de las cuales 53 (65,4%) se sometieron a reconstrucción mamaria; la satisfacción con la mama intervenida quirúrgicamente, reconstruida o no, se correlacionó positivamente con la calidad de vida ($p = 0,004$); la satisfacción de las pacientes con la mama operada, reconstruida o no, es más importante en la calidad de vida que si la mama fue reconstruida o no³⁵.

No se encontraron publicaciones realizadas a nivel nacional respecto al tema en cuestión, por tanto se puede suponer que la disposición de información al respecto es escasa. En nuestro breve paso por la pasantía en el Departamento de Cirugía del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Paéz nos llamó poderosamente la atención como se sentirían éstas pacientes luego de ser intervenidas y mutiladas en pro de su salud física, por tanto el presente estudio buscó determinar el estado emocional en pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden, atendidas en la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar - Estado

Bolívar, durante el período junio-diciembre 2023, debido a la clara relevancia del mismo para comprender y abordar a ésta población, dada su incidencia según edad y estado civil así como la relación de dicho estado emocional con el tiempo postquirúrgico, fundamentando así el desarrollo de futuras estrategias de prevención y manejo multidisciplinario.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte debida a enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y por lo tanto, es un problema de salud pública importante, tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo; siendo el cáncer de mama el tipo más frecuente en las mujeres y la segunda causa de muerte en este grupo de población en todo el mundo. El padecer esta entidad resulta un acontecimiento estresante provocando estados emocionales negativos en las pacientes, que generan sufrimientos y cambios en la vida de las personas³⁶.

Es bien sabido que las mamas sin lugar a dudas representan uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Éstas han desempeñado un papel importante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión de los grupos étnicos y pueblos, cuando este órgano es invadido por una enfermedad tan temida como el cáncer, denotando no en pocas ocasiones su pérdida, se producen cambios importantes en el estilo de vida de estas pacientes³⁰.

Por lo que es importante evaluar y conocer el impacto de la enfermedad y tratamiento sobre la percepción de bienestar de la paciente, por tanto el presente estudio buscó determinar el estado emocional en pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden, atendidas en la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, durante el período junio-diciembre 2023.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el estado emocional en pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden, atendidas en la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, durante el período junio-diciembre 2023.

Objetivos Específicos

1. Distribuir según edad a las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.
2. Indicar la ocupación de las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.
3. Mencionar la religión de las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.
4. Evaluar el tiempo post quirúrgico de las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.
5. Establecer los niveles de estrés, ansiedad y depresión según la Escala DASS-21 en las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad

Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.

6. Identificar el grado de satisfacción con la vida según la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.
7. Relacionar los niveles de estrés, ansiedad y depresión con las características sociodemográficas en las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.
8. Vincular el grado de satisfacción con la vida con las características sociodemográficas en las pacientes post-mastectomía radical de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. junio-diciembre 2023.

METODOLOGÍA

Tipo De Investigación

Se trató de un estudio no experimental, observacional y descriptivo, de corte transversal.

Población y Muestra

Población: Constituida por todas las pacientes post-mastectomía que acudieron a la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, durante el período junio-diciembre 2023.

Muestra: Constituida por 20 pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron a la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, durante el período junio-diciembre 2023.

Criterios de Inclusión

- Paciente que aceptó participar en la investigación.
- Paciente diagnosticada con cáncer de mama a quienes se les haya realizado mastectomía radical modificada tipo Madden, y sean atendidas en la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” en el momento del estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico conocido de alguna patología psiquiátrica que pudiese condicionar los resultados de las escalas a emplear.
- Paciente con diagnóstico de cáncer de mama que no estén en condiciones de responder a la entrevista.

Procedimiento

Se solicitó autorización al Director de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” para la realización de la presente investigación (Apéndice A). Se hizo revisión del material bibliográfico y documental, se diseñó el instrumento a utilizar, el cual fue aprobado por cuatro expertos: Dra. Jessica Acevedo (Médico Psiquiatra), Dr. Edwin Velázquez (Cirujano Oncólogo), Dr. Gustavo Unshelm (Cirujano Oncólogo / Director de la Unidad Oncológica “Virgen Del Valle”) y Dr. Pedro Parrilla (Médico en Jefe de la División de Investigación y Educación del Instituto de Salud Pública del Estado Bolívar).

Se obtuvieron las escalas pertinentes a estudio, se solicitó una vez iniciada la recolección de datos el consentimiento informado de cada paciente (Apéndice B), posteriormente se tabularon y analizaron los datos obtenidos para su presentación.

Instrumentos De Recolección De Datos

Los instrumentos aplicados en el presente estudio fueron los siguientes: una ficha para la recolección de datos sociodemográficos diseñada por los autores (Apéndice C), basada en las variables: edad, estado civil, tiempo post-operatorio, religión, variables de interés para el estudio, la cual será revisada, aprobada y

validada por el tutor académico, especialista Oncólogo y por la dirección de educación e investigación del instituto de salud pública.

Además, se empleó la escala DASS-21 (Anexo 1), la cual es una escala de autoreporte dimensional que fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés⁴⁷. La escala DASS-21 está compuesta por 21 ítems de tipo Likert. Presenta 3 factores: Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14y 18). Esta categorización de las diferentes dimensiones se ha obtenido mediante el sumatorio de las puntuaciones de las respuestas obtenidas en los ítems correspondientes a cada uno de los factores. Las opciones de respuesta disponibles para responder a esta escala fueron: 0: no me ha ocurrido; 1: me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; y 3: me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo³⁸.

La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, auto depreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia³⁹.

Interpretación

A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos De Corte Comúnmente Utilizados

Depresión:	Ansiedad:	Estrés:
-------------------	------------------	----------------

5-6 depresión leve 7-10 depresión moderada 11-13 depresión severa 14 o más, depresión extremadamente severa.	4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.	8-9 estrés leve 10-12 estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más, estrés extremadamente severo.
--	---	---

En cuanto a satisfacción con la vida se utilizó La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Anexo 2) de Diener et al., es un instrumento breve de cinco elementos, en escala Likert de valoración de 7 puntos, desde 1 como “muy en desacuerdo” y 7 como “muy de acuerdo”, con puntuaciones entre 5 y 35, y que evalúa la satisfacción general que tiene el individuo con su vida, entendiendo que mayor puntuación refleja mayor satisfacción⁴⁰.

Para esta investigación se utilizó la versión traducida y adaptada al español por Vázquez et al., en 2013, y los datos normativos propuestos por Pavot y Diener en 1993, quienes clasifican así: 31-35, muy satisfecho; 26-30, satisfecho; 21-25, un poco satisfecho, 20, neutral, 15-19, un poco insatisfecho, 10-14, insatisfecho, y 5-9, muy insatisfecho^{41, 42}.

Análisis E Interpretación De Los Datos

Los datos se ordenaron en tablas estadísticas de distribución de frecuencia y datos de asociación. Se aplicó estadística descriptiva, una hoja de análisis de datos de Microsoft Office Excel 2013 y SPSS versión 25.0; los resultados se presentaron en tablas de una y doble entrada, con valores absolutos y porcentuales.

Para el análisis de asociación entre variables se empleó el test exacto de Fisher con una significancia de $p: <0,05$, el cual permite en contraste de hipótesis: H_0 : existe una relación o dependencia entre las variables estudiadas. H_1 : no existe ninguna relación o dependencia entre las variables estudiadas.

RESULTADOS

Tabla 1

Pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden según edad.
Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-
diciembre 2023.

Edad (años)	n	%
30 – 39	2	10,0
40 – 49	2	10,0
50 – 59	10	50,0
60 – 69	5	25,0
70 – 79	1	5,0
Total	20	100

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Las características sociodemográficas demostraron, respecto a la edad una mayor frecuencia para mujeres entre 50 - 59 años con 50,0% (n=10), seguido de edades entre 60 - 69 años 25,0% (n=5), un 10,0% (n=2) tuvieron edades comprendidas entre los 30 – 39 y 40 - 49 años, mientras solo 5,0% (n=1) contaba con edades de 70 – 79 años.

Tabla 2

Pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden según ocupación.
Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-
diciembre 2023.

Ocupación	n	%
Del hogar	14	70,0
Policía	1	5,0
Comerciante	1	5,0
Asistente administrativo	1	5,0
Vigilante	1	5,0
Médico	1	5,0
Penitenciario	1	5,0
Total	20	100

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Respecto a la ocupación 70,0% (n=14) se dedicaba al hogar y en menor proporción figuraron comerciantes, policía, asistente administrativo, vigilantes y médicos con 5,0% (n=1), respectivamente.

Tabla 3

Pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden según religión.
Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-
diciembre 2023.

Religión	n	%
Católica	10	50,0
Evangélica	9	45,0
Testigo de Jehová	1	5,0
Total	20	100

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Según la religión el 50,0% (n=10) indicó ser católica, 45,0% (n=9) evangélica y 5,0% (n=1) testigo de Jehová.

Tabla 4

Pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden según tiempo post quirúrgico. Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Tiempo post quirúrgico	n	%
1 – 3 meses	4	20,0
4 – 6 meses	7	35,0
7 – 9 meses	5	25,0
10 – 12 meses	4	20,0
Total	20	100

Fuente: Ficha sociodemográfica.

El tiempo desde la operación en 35,0% (n=7) de los casos fue de 4 – 6 meses, en 25,0% (n=5) de 7 – 9 meses y 20,0% (n=4) indicó de 1 – 3 meses y 10 – 12 meses.

Tabla 5.1

Niveles de depresión según la Escala DASS-21 en las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Depresión	n	%
Normal	15	75,0
Leve	1	5,0
Moderada	2	10,0
Severa	0	-
Extremadamente severa	2	10,0
Total	20	100

Fuente: *Escala DASS-21*

La aplicación de la escalada DASS-21 demostró prevalencia de depresión en 25,0% (n=5), siendo predominante de nivel extremadamente severo y leve con 10,0% (n=2) para cada caso y 5,0% (n=1) para depresión leve; por tanto el 75,0% (n=15) no presentó nivel alguno de depresión..

Tabla 5.2

Niveles de ansiedad según la Escala DASS-21 en las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Ansiedad	n	%
Normal	7	35,0
Leve	7	35,0
Moderada	1	5,0
Severa	1	5,0
Extremadamente severa	4	20,0
Total	20	100

Fuente: *Escala DASS-21*

Los niveles de ansiedad reflejaron que el 65,0% (n=13) estuvo ansioso, resaltando la ansiedad leve con 35,0% (n=7), seguido del 20,0% (n=4) con ansiedad extremadamente severa, mientras moderada y severa representaron 5,0% (n=1) cada grupo; por tanto el 35,0% (n=7) de la muestra no tuvo ansiedad.

Tabla 5.3

Niveles de estrés según la Escala DASS-21 en las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Estrés	n	%
Normal	14	70,0
Leve	1	5,0
Moderado	3	15,0
Severo	2	10,0
Extremadamente severo	0	-
Total	20	100

Fuente: *Escala DASS-21*

Los niveles de estrés exhibieron una frecuencia de 30,0% (n=6), resaltando niveles moderados con 15,0% (n=3), seguido de 10,0% (n=2) severo y 5,0% (n=1) leve; encontrándose el 70,0% (n=14) sin estrés.

Tabla 6

Satisfacción con la vida de las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Satisfacción vital	n	%
Muy insatisfecho	0	-
Insatisfecho	1	5,0
Un poco insatisfecho	1	5,0
Neutral	1	5,0
Un poco satisfecho	1	5,0
Satisfecho	7	35,0
Muy satisfecho	9	45,0
Total	20	100

Fuente: *Escala de Satisfacción con la Vida*

La satisfacción vital mostró que 45,0% (n=9) estuvo muy satisfecho, 35,0% (n=7) satisfecho, mientras las un poco satisfechas, neutrales, así como un poco insatisfecho e insatisfecho representaron 5,0% (n=1) cada grupo.

Tabla 7.1

Niveles de depresión según características sociodemográficas de las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Grupo etario (Años) ⁺	Depresión											
	Normal 15 (75,0%)		Leve 1 (5,0%)		Moderad a 2 (10,0%)		Sever a 0 (-)		Extrem. severa 2 (10, 0%)		Total 20 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30 – 39	1	5,0	0	-	1	5,0	0	-	0	-	2	10,0
40 – 49	1	5,0	0	-	0	-	0	-	1	5,0	2	10,0
50 – 59	8	40,0	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	10	50,0
60 – 69	4	20,0	0	-	1	5,0	0	-	0	-	5	25,0
70 – 79	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Estado civil ⁺⁺												
Soltera	6	30,0	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0	8	40,0
Casada	6	30,0	1	5,0	1	5,0	0	-	1	5,0	9	45,0
Concubinato	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Viuda	2	10,0	0	-	0	-	0	-	0	-	2	10,0
Ocupación ⁺⁺⁺												
Del hogar	10	50,0	1	5,0	1	5,0	0	-	2	10,0	14	70,0
Policía	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Penitenciario	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Comerciante	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Asistente administrativo	0	-	0	-	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0
Vigilante	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Medico	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Religión [*]												
Católica	8	40,0	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	10	50,0

Evangélica	6	30, 0	0	-	2	10, 0	0	-	1	5,0	9	45, 0
Testigo de Jehová	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Tiempo post quirúrgico												
**												
1 – 3 meses	4	20, 0	0	-	0	-	0	-	0	-	4	20, 0
4 – 6 meses	4	20, 0	1	5, 0	1	5,0	0	-	1	5,0	7	35, 0
7 – 9 meses	4	20, 0	0	-	1	5,0	0	-	0	-	5	25, 0
10 – 12 meses	3	15, 0	0	-	0	-	0	-	1	5,0	4	20, 0

⁺ Test de Fisher: p: 0,488 (NS)

⁺⁺ Test de Fisher: p: 1,000 (NS)

⁺⁺⁺ Test de Fisher: p: 0,764 (NS)

* Test de Fisher: p: 0,679 (NS)

** Test de Fisher: p: 1,000 (NS)

Fuente: *Escala DASS-21 y ficha sociodemográfica.*

Los niveles de depresión no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables evaluadas ($p > 0,050$).

Tabla 7.2

Niveles de ansiedad según características sociodemográficas de las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Grupo etario (Años) ⁺	Ansiedad											
	Normal 7 (35,0%)		Leve 7 (35,0%)		Moderad a 1 (5,0%)		Sever a 1 (5,0)		Extrem. severa 4 (20, 0%)		Total 20 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30 – 39	0	-	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	2	10, 0
40 – 49	1	5,0	0	-	0	-	0	-	1	5,0	2	10, 0
50 – 59	3	15, 0	4	20, 0	1	5,0	1	5, 0	1	5,0	10	50, 0
60 – 69	2	10, 0	2	10, 0	0	-	0	-	1	5,0	5	25, 0
70 – 79	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Estado civil ⁺⁺												
Soltera	3	15, 0	3	15, 0	0	-	0	-	2	10, 0	8	40, 0
Casada	2	10, 0	4	20, 0	1	5,0	0	-	2	10, 0	9	45, 0
Concubinato	0	-	0	-	0	-	1	5, 0	0	-	1	5,0
Viuda	2	10, 0	0	-	0	-	0	-	0	-	2	10, 0
Ocupación ⁺⁺⁺												
Del hogar	4	20, 0	6	30, 0	1	5,0	0	-	3	15, 0	14	70, 0
Policía	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Penitenciario	0	-	1	5,0	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Comerciante	0	-	0	-	0	-	1	5, 0	0	-	1	5,0
Asistente administrativo	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0
Vigilante	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Medico	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0

Religión*												
Católica	4	20,0	5	25,0	0	-	0	-	1	5,0	10	50,0
Evangélica	2	10,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0	3	15,0	9	45,0
Testigo de Jehová	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Tiempo post quirúrgico**												
1 – 3 meses	3	15,0	0	-	1	5,0	0	-	0	-	4	20,0
4 – 6 meses	2	10,0	3	15,0	0	-	0	-	2	10,0	7	35,0
7 – 9 meses	0	-	3	15,0	0	-	1	5,0	1	5,0	5	25,0
10 – 12 meses	2	10,0	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	4	20,0

+ Test de Fisher: p: 0,968 (NS)

++ Test de Fisher: p: 0,353 (NS)

+++ Test de Fisher: p: 0,418 (NS)

* Test de Fisher: p: 0,437 (NS)

** Test de Fisher: p: 0,265 (NS)

Fuente: *Escala DASS-21 y ficha sociodemográfica.*

No se demostró relación estadística entre los niveles de ansiedad y las variables clínico-epidemiológicas abordadas ($p > 0,050$).

Tabla 7.3

Niveles de estrés según características sociodemográficas de las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Grupo etario (Años) ⁺	Estrés											
	Normal 14 (70,0%)		Leve 1 (5,0%)		Moderad o 3 (15,0%)		Severo 2 (10,0)		Extrem .severo 0 (-)		Total 20 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30 – 39	1	5,0	0	-	1	5,0	0	-	0	-	2	10,0
40 – 49	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	0	-	2	10,0
50 – 59	7	35,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	0	-	10	50,0
60 – 69	4	20,0	0	-	1	5,0	0	-	0	-	5	25,0
70 – 79	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Estado civil ⁺⁺												
Soltera	6	30,0	0	-	1	5,0	1	5,0	0	-	8	40,0
Casada	5	25,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0	0	-	9	45,0
Concubinato	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Viuda	2	10,0	0	-	0	-	0	-	0	-	2	10,0
Ocupación ⁺⁺⁺												
Del hogar	9	45,0	1	5,0	2	10,0	2	10,0	0	-	14	70,0
Policía	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Penitenciario	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Comerciante	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Asistente administrativo	0	-	0	-	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0
Vigilante	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Medico	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Religión *												
Católica	7	35,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	0	-	10	50,0

Evangélica	6	30, 0	0	-	2	10, 0	1	5,0	0	-	9	45, 0
Testigo de Jehová	1	5,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Tiempo post quirúrgico												
**												
1 – 3 meses	4	20, 0	0	-	0	-	0	-	0	-	4	20, 0
4 – 6 meses	4	20, 0	0	-	2	10, 0	1	5,0	0	-	7	35, 0
7 – 9 meses	3	15, 0	1	5, 0	1	5,0	0	-	0	-	5	25, 0
10 – 12 meses	3	15, 0	0	-	0	-	1	5,0	0	-	4	20, 0

⁺ Test de Fisher: p: 0,803 (NS)

⁺⁺ Test de Fisher: p: 1,000 (NS)

⁺⁺⁺ Test de Fisher: p: 0,835 (NS)

* Test de Fisher: p: 1,000 (NS)

** Test de Fisher: p: 0,797 (NS)

Fuente: *Escala DASS-21 y ficha sociodemográfica.*

Los niveles de estrés no mostraron relaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas estudiadas ($p > 0,050$).

Tabla 8

Grado de satisfacción con la vida según características sociodemográficas de las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden de la Unidad Oncológica “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Junio-diciembre 2023.

Grupo etario (Años) ⁺	Satisfacción con la vida															
	Muy insatisfecho 0 (-)		Insatisfecho 1 (5,0%)		Un poco insatisfecho 1 (5,0%)		Neutr al 1 (5,0%)		Un poco satisfecho 1 (5,0%)		Satisfecho 7 (35,0%)		Muy satisfecho 9 (45,0%)		Total 20 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30 – 39	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	10,0	2	10,0
40 – 49	0	-	0	-	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	0	-	2	10,0
50 – 59	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	4	20,0	5	25,0	1	5,0
60 – 69	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0	0	-	2	10,0	1	5,0	5	25,0
70 – 79	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0
Estado civil ⁺⁺																
Soltera	0	-	1	5,0	0	-	0	-	0	-	3	15,0	4	20,0	8	40,0
Casada	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0	1	5,0	2	10,0	4	20,0	9	45,0
Concubinato	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0
Viuda	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0	2	10,0
Ocupación ⁺⁺⁺																
Del hogar	0	-	1	5,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	5	25,0	5	25,0	1	5,0
Policía	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0
Penitenciario	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0
Comerciante	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0
Asistente administrativo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0
Vigilante	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0

Medico	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0
Religión *																
Católica	0	-	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0	4	20,0	4	20,0	1	50,0
Evangélica	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0	0	-	3	15,0	4	20,0	9	45,0
Testigo de Jehová	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0
Tiempo post quirúrgico **																
1 – 3 meses	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	3	15,0	4	20,0
4 – 6 meses	0	-	0	-	1	5,0	1	5,0	0	-	2	10,0	3	15,0	7	35,0
7 – 9 meses	0	-	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	3	15,0	0	-	5	25,0
10 – 12 meses	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,0	3	15,0	4	20,0

+ Test de Fisher: p: 0,379 (NS)

++ Test de Fisher: p: 0,958 (NS)

+++ Test de Fisher: p: 1,000 (NS)

* Test de Fisher: p: 1,000 (NS)

** Test de Fisher: p: 0,360 (NS)

Fuente: *Escala DASS-21 y ficha sociodemográfica.*

Al asociar los grados de satisfacción con la vida con características sociodemográficas de las pacientes post-mastectomía radical no se demostró relación estadísticamente significativa entre variables ($p > 0,050$).

DISCUSIÓN

Culturalmente se ha concedido importancia a las mamas dentro de las normas de belleza, permitiendo que la satisfacción con el cuerpo y el sentimiento de atractivo estén relacionados con la valoración, tanto estética como femenina de los pechos, en mayor medida en unas mujeres que en otras. Es así como estos atributos conllevan a que la pérdida de la mama constituya una verdadera mutilación con graves repercusiones en la salud mental y en la vida social que alteran el curso y calidad de vida de la mujer que la sufre⁴³.

Al procesar los datos de 20 pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden atendidas en la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar se identificó una mayor frecuencia de mujeres casadas (45,0%) entre 50 - 59 años (50,0%); concordando esto con los resultados obtenidos por Canicali et al.,⁴⁴ en Brasil quienes evaluaron el indicio y el estado de ansiedad en 84 mujeres mastectomizadas, y examinaron la relación de la ansiedad con variables demográficas y clínicas, reportando mayor afección de mujeres con edades de 50 a 59 años (39,3%) y casadas en 59,5%; igualmente en Colombia, Finck et al.,⁴⁵ reportaron mayor frecuencia en edades entre 50 y 59 con 32,8%, siendo la mayoría casada (60,7%); otra investigación aún fue publicada por Khan, et al.,³¹ en Pakistán donde de 88 pacientes sometidas a mastectomía el 41% tenían entre 51 y 60 años.

Sin embargo Acosta et al.,⁴⁶ en México, cuyo estudio determinó la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en 63 pacientes con cáncer de mama reflejó un promedio de edad de 49 años; y en India, Thakur, et al.,³² evaluaron la angustia psicológica y los trastornos de la imagen corporal después de la mastectomía radical modificada entre 165 sobrevivientes de cáncer de mama mostrando una edad media de 42 años, revelando afección de pacientes más jóvenes

en estas dos investigaciones. Llama la atención el encontrar pacientes fuera de la edad del rango considerado como riesgo para cáncer de mama ya que la edad mínima en la presente investigación fue de 39 años, por lo que se ratifica que la promoción de la autoexploración y la búsqueda intencionada de factores de riesgo es de gran importancia, sobre todo en pacientes con antecedente familiar de cáncer de mama.

La ocupación habitual fue ama de casa (70,0%), mientras la religión mostró al 50,0% como católicas; hecho que concuerda con Alagizy et al.,⁴⁷ en Egipto, al identificar la prevalencia y los factores psicosociales asociados de ansiedad, trastornos depresivos y estrés percibido entre pacientes con cáncer de mama en los hospitales universitarios de Menoufia, donde de igual manera la mayor parte de las pacientes fue ama de casa, sin embargo en esta región las cifras fueron mayores con 95,3%; del mismo modo en un estudio publicado en Brasil por Canicali et al.,⁴⁴ las mujeres cuyo oficio fue ama de casa representaron la mayor parte de la muestra, sin embargo su porcentaje fue menor que el demostrado en el presente estudio con 31,0%. De igual forma, la investigación publicada por Finck et al.,⁴⁵ en Colombia demostró que las mujeres participantes en su estudio fueron en su mayoría amas de casa, representando un 36,1% de la muestra; no se encontraron estudios que difirieran con los resultados. Cabe mencionar que solo la investigación de Thakur, et al.,³² en la India evaluó la religión de las pacientes donde el 78,2% practicaba el hinduismo, concordando con la zona geográfica y cultura de ese estudio.

El tiempo desde la operación en 35,0% de los casos fue de 4 – 6 meses, lo que resulta disonante al compararlo con Heidari et al.,⁴⁸ al evaluar la correlación entre la autoestima corporal y la salud mental en 100 pacientes con cáncer de mama después de una mastectomía en Irán, contando el 34% con un tiempo post-operatorio de 24 a 48 meses, siendo este grupo el más representativo.

Debido al importante papel que desempeñan los senos en las mujeres, su reacción ante la mastectomía puede ser en forma de miedo, desesperanza, depresión y una actitud negativa hacia su cuerpo, sin embargo, ante el estrés pueden generar también un proceso de afrontamiento beneficioso y constructivo en la medida en que la persona se ajusta a la realidad de sus posibilidades para manejar la situación de una forma más provechosa; con relación a esto, la aplicación de la escalada DASS-21 demostró frecuencia de depresión en 25,0%, siendo predominante de nivel extremadamente severo y leve con 10,0% para cada caso, los niveles de ansiedad reflejaron que el 65,0% estuvo ansiosa, resaltando la ansiedad leve con 35,0%, los niveles de estrés exhibieron una frecuencia de 30,0%, resaltando niveles moderados con 15,0%; al respecto Thakur, et al., 32 en India registraron tasas de depresión de 27,8%, contando la mayoría de los pacientes con depresión leve (17,57%), la ansiedad se registró en 31,5%, con gravedad leve (17%) predominantemente, por otro lado, hubo estrés en 24,8%, en su mayoría leve (21,87%).

Contrariamente, Coronel en México³⁴, al abordar la presencia de ansiedad y depresión en 40 mujeres post-mastectomía de la UMF-80, identificó cifras superiores, pues el 51,7% presentó algún nivel de depresión siendo el 27,6% moderado, y 55,2% tuvo ansiedad, registrando mayor frecuencia para ansiedad ligera (48,2%); otra investigación discordante fue publicada por Alagizy et al.,⁴⁷ en Egipto, registrando una prevalencia de síntomas depresivos del 68,7% y una prevalencia de síntomas de ansiedad del 73,3%; siendo porcentajes superiores a los hallazgos obtenidos en la presente investigación, sin embargo esta última fue realizada en pacientes previa mastectomía siendo notable la carga de emociones negativas en pacientes no intervenidas.

La satisfacción vital mostró que la mayoría se encontraba muy satisfecha (45,0%) y satisfecha (35,0%); resultados semejantes al compararlo con la investigación de Zayas et al.,⁴⁹ en España quienes al estudiar el nivel de bienestar

subjetivo o satisfacción con la vida en 30 mujeres con cáncer de mama y calcular la media de la puntuación directa obtenida en la escala de satisfacción con la vida, resultó 28,36 atendiendo al baremo de la escala, esta puntuación señala que las participantes se mostraron satisfechas con su vida; igualmente Barkar et al.,⁵⁰ identificaron qué grupo de pacientes post-mastectomía, en función de su régimen de tratamiento, presentó mayores niveles de satisfacción e insatisfacción, mostrando que 86,99% de las participantes de forma general informaron estar satisfechas.

Los niveles de depresión, ansiedad y estrés no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables evaluadas, lo cual concuerda con Canicali et al.,⁴⁴ en Brasil donde las variables socioeconómicas y clínicas de las mujeres post-mastectomía no mostraron significancia estadística con el estado de ansiedad; situación distinta ocurrió en México donde Coronel³⁴ identificó relación en cuanto al estrado civil y escolaridad, siendo más frecuente la ansiedad y depresión en nivel primario de educación y mujeres casadas; Thakur, et al.,³² en India mostró igualmente hallazgos diferentes, pues identificó una diferencia significativa en las puntuaciones de depresión y estrés entre los supervivientes nuevos y antiguos, donde la clasificación media fue más alta para las pacientes intervenidas recientemente que para las intervenidas hacia mayor tiempo.

Al asociar los grados de satisfacción con la vida con características sociodemográficas de las pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden no se demostró relación estadísticamente significativa entre variables; a pesar de no encontrar estudios con los cuales comparar esta situación cabe mencionar que el tamaño reducido de la muestra pudo influenciar estos hallazgos.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las pacientes pertenecientes al grupo etario de edades comprendidas entre 50 y 59 años.

La ocupación habitual de las pacientes evaluadas fue de oficios del hogar.

Las pacientes valoradas pertenecían en su mayoría a la religión cristianas católicas.

El tiempo más frecuente desde la operación hasta la entrevista fue de 4 – 6 meses

Se demostró una frecuencia baja para depresión y estrés en las pacientes evaluadas, sin embargo, la ansiedad fue común.

La mayoría reflejó estar satisfecha o muy satisfecha con su vida.

Los niveles de depresión, ansiedad y estrés no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables evaluadas.

Igualmente, las variables clínico-epidemiológicas abordadas no influenciaron los grados de satisfacción con la vida de las participantes.

RECOMENDACIONES

Es necesario resaltar la necesidad de formular políticas públicas que se apoyen en los fundamentos de la psico-oncología con el fin de mejorar del estado general de salud de las pacientes.

Los profesionales de salud precisan estar atentos a los aspectos emocionales de la mujer con cáncer de mama, especialmente aquella que se ha sometido a mastectomía para que esta pueda enfrentar la enfermedad/condición con disposición y vigor, libre de mayores trastornos psicopatológicos, recibiendo durante todo el tratamiento una asistencia de calidad.

Compartir los resultados obtenidos como parte de la educación y actualización en salud a todos los niveles de atención y todos los profesionales sanitarios.

Continuar con esta línea de investigación abordando variables como optimismo, resiliencia, autoestima y afrontamiento en esta población, permitiendo profundizar en la comprensión del estado emocional de esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones, M., Ramírez, M. 2009. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Revista cubana de medicina general integral*, 25(3), 160-166. [Marzo, 2023]
2. Madrigal, A., Mora, B. 2018. Generalidades de cáncer de mama para médico general. *Medicina Legal de Costa Rica*. 35(1): 44-51. [Marzo, 2023]
3. Mayo Clinic Family Health Book. 2018. Trastornos de ansiedad - Síntomas y causas – Clínica Mayo. [En línea] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961> [Marzo, 2023]
4. Arce C., Bargalló E., Villaseñor Y., Gamboa C., Lara F., Pérez V. et al. 2011. Oncoguía: Cáncer de mama. *Cancerología* 6 (2011): 77 – 86. [Marzo, 2023]
5. Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, Ó., Alvarado, S. 2014. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 13(1):53-8. [Marzo, 2023]
6. Plaza, A., Rosario, I. 2014. La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Inf psicológicos*. 14(1):65-89. [Marzo, 2023]

7. Méndez, L., Silva, J., Pereira, B., Flores, E. 2012. Discursos inscritos sobre el cuerpo: estudio sobre las implicancias de la mastectomía en mujeres chilenas. *Salud Soc.* 3(2):152-64. [Marzo, 2023]
8. Regueiro, A. 2006. ¿Qué es el estrés y cómo nos afecta. [En línea]. Disponible en: <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>. [Última actualización: 14 enero 2020]. [Marzo, 2023]
9. Sánchez, C. 2011. Estrés laboral. Satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una industria cerealera. Trabajo de grado. (En línea) Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111836.pdf>. [Marzo, 2023]
10. Romero, E., Young, J., Salado, R. 2019. Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Revista medico científica.* 32: 61-70. [Marzo, 2023]
11. Secretaría de Salud de México. 2010. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el adulto. México. Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html> [Marzo, 2023]
12. Delgado, E., De la Cera, D., Lara, M., Arias, R. 2021. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula.* 35(1): 23-36. [Marzo, 2023]

13. Mayo Clinic Family Health Book. 2018. Trastorno de ansiedad generalizada - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. [En línea]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/diagnosis-treatment/drc-20361045> [Marzo, 2023]
14. González, C., de Greiff, E., Avendaño, B. 2011. Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 5(1): 59-72. [Marzo, 2023]
15. Vieta, E. 2012 Trastornos afectivos. En: Ferreras, P., Rozman, C. *Medicina interna*. Edit Elsevier. Barcelona, España. 17ª ed. Cap 188:1467-1470 [Marzo, 2023]
16. Orozco, W., Baldares, M. 2012. Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*. 26(2): 19-35. [Marzo, 2023]
17. Botto, A., Acuña, J., Jiménez, J. 2014. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med Chile*. 142:1297-1305 [Marzo, 2023]
18. Ezquiaga E., García, A., Díaz, M., García, M. 2011. “Depresión”. Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 31(111): 457-475 [Marzo, 2023]
19. Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., Medina, M. 2013. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de

acción en México. *Salud pública de México*. 55(1): 74-80
[Marzo, 2023]

20. Correa, M. 2017. Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama. Primeras reacciones emocionales. *Index Enferm.* 26(4):299-302. [Marzo, 2023]
21. Bilbao, M., Techio, E., Basabe, N., Paéz, D. 2007. Memorias ii European Community Psychology Association Seminar (pp. 46-47). Sevilla: Universidad de Sevilla. [Marzo, 2023]
22. Bassi, M., Bacher, G., Negri, L. y Delle, A. 2013. The contribution of job happiness and job meaning to the well-being of workers from thriving and failing companies. *Applied Research in Quality of Life*. 8(4): 427-448. Doi: 10.1007/s11482-012-9202-x [Marzo, 2023]
23. Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. 2006. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18(3): 572-577. [Marzo, 2023]
24. DeNeve, K, Cooper, H. 1998. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 124(2): 197-229. Doi: 10.1037/0033-2909.124.2.197. [Marzo, 2023]
25. Ng, W., Diener, E. 2014. What matters to the rich and the poor? Subjective well-being, financial satisfaction, and postmaterialist needs

- across the world. *Journal of personality and social psychology*. 107(2): 326. [Marzo, 2023]
26. Vallejo, M., Moreno, M. 2016. Satisfacción vital y su relación con otras variables psicosociales en población española residente en Alemania. *Escritos de Psicología (Internet)*. 9(2): 12-21. DOI: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2803> [Marzo, 2023]
 27. Diener, E., Ryan, K. 2009. Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*. 39(4): 391-406. [Marzo, 2023]
 28. Villalobos, H. 2019. Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas en psicología*. 41: 22-32. [Marzo, 2023]
 29. Fierro, A. 2000. Salud (comporta) mental: un modelo conceptual. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 53(1): 147-163. [Marzo, 2023].
 30. López, Z., González, J., Gómez, M., Morales, M. 2008. Impacto psicológico y social de la Mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. *Revista Médica Electrónica*. 30(2): 154-163 Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/484>. [Marzo, 2023]
 31. Li, S., Li, L., Zheng, H., Wang, Y., Zhu, X., Yang, Y. et al. 2018 Relationship between multifaceted body image and negative affect among women undergoing mastectomy for breast cancer: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 21(6):681-688. [Marzo 2023]

32. Khan, S., Khan, N., Rehman, A., Khan, I., Samo, K., Memon, A. 2016. Niveles de depresión y ansiedad post-mastectomía en pacientes con cáncer de mama en un hospital del sector público en Karachi. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 17(3): 1337-1340. [Marzo, 2023].
33. Thakur, M., Sharma, R., Mishra, A., Singh, K., Kar, S. 2022. Psychological distress and body image disturbances after modified radical mastectomy among breast cancer survivors: A cross-sectional study from a tertiary care centre in North India. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*. 7: 100077. [Marzo, 2023]
34. Coronel, M. 2018. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas de la UMF No. 80. En línea. Disponible en: http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/4267/FCMB-E-2017-0260.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Marzo, 2023]
35. Fernandes, H., Almeida, J., da Silva, R., Curvelo, E., Ferreira, F., Souza, K., et al. 2020. Satisfacción del paciente y calidad de vida en la reconstrucción mamaria: evaluación de los resultados de la reconstrucción inmediata, tardía y no reconstruida. *BMC Res Notas*. 13, 223. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05058-6> [Marzo, 2023]
36. Muñoz, M., Bernal, P. 2017. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*. 13(2-3): 227-248. <https://doi.org/10.5209/psic.54434> [Marzo, 2023]

37. Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., García, N. 2019. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista médica clínica las condes*. 30(1): 36-49 [Marzo, 2023].
38. Loaiza, K. 2019. Características generales, nivel de síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en internos de medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa 2019. Tesis de Grado. [En línea] Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3137076> [Marzo, 2023].
39. González, L., Montilla, M, Terán, K 2020 Depresión en los internos de pregrado de la Universidad Nacional Experimental “Francisco De Miranda” en el Hospital Dr. Luis Razetti Barinas Estado Barinas. Periodo agosto-diciembre 2018. *Psicología.com* Vol.24. [Marzo, 2023]
40. Diener, E., Emmons R., Larsen R., Griffin, S. 1985. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 49: 71-75. En línea. Disponible: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13 [Marzo, 2023]
41. Vázquez, C., Duque, A., Hervás, G. 2013. Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *Spanish Journal of Psychology*. 16(82): 1-15. En línea. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24230945> [Marzo 2023]

42. Pavot, W., Diener E. 1993. The affective and cognitive context of self-reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*. 28(1): 1-20. En línea. Disponible: <https://doi.org/10.1007/BF01086714> [Marzo 2023].
43. Hundelhausen, M., Porto, A., Meza, E., Pérez, K., Ripoll, A., Gómez, I. 2016. Calidad de vida en mujeres mastectomizadas en dos instituciones de Cartagena en el año 2015 (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena). En línea. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3099/Informe-Final-CDV%2029%20de%20marzo%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Enero 2024].
44. Caniçali, C., Nunes, L., Pires, P., Costa, F., Costa, M. 2012. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*. 11(28): 52-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400005&lng=es&tlng=es. [Enero 2024]
45. Finck, C., Forero, M. 2011. Ansiedad Y Depresión En Pacientes Con Cáncer De Seno Y Su Relación Con La Espiritualidad/Religiosidad. Análisis Preliminar De Datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 3(1): 07-27. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100002&lng=pt&tlng=es. [Enero 2024]
46. Acosta, E., López, C., Martínez, M., Zapata, R. 2017. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama.

Horizonte sanitario, 16(2), 139-148. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.v16i2.1629> [Enero 2024]

47. Alagizy, H., Soltan, M., Soliman, S. 2020. Ansiedad, depresión y estrés percibido entre pacientes con cáncer de mama: experiencia de un solo instituto. *Psiquiatría Curr de Oriente Medio*. 27: 29. Doi: <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00036-x> [Enero 2024]
48. Heidari, M., Shahbazi, S., Ghodusi, M. 2015. Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *J Midlife Health*. 6(4):173-7. Doi: 10.4103/0976-7800.172345. PMID: 26903758; PMCID: PMC4743280. [Enero 2024]
49. Zayas, A., Molinero, R., Guil, R., Olarte, P., Orozco, E. 2018. Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 3(1): 127-136. [Enero 2024]
50. Barkar, M., Mikwar, Z., Khalid, A., Mohammedamin, A., Aloufi, A., Abualhamail, A. et al. 2023. Patient Satisfaction and Quality of Life After Mastectomy at King Abdulaziz Medical City, Jeddah. *Cureus*. 15(12). [Enero 2024]

APÉNDICES

Apéndice A**Ficha de Datos Sociodemográficos**

Edad: _____ años

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Concubinato ___ Divorciado ___
Viudo ___

Ocupación:

Religión: _____

Tiempo Post-operatorio:

1-3 meses ___ 4-6 meses ___ 7 – 9 meses ___ 10 – 12 meses ___ >1año ___

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA DASS-21

DASS-21 Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente: 0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo 2

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni deacuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente deacuerdo	Deacuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea							
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas							
3	Estoy satisfecho con mi vida							
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes							
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada							

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES POST-MASTECTOMIA RADICAL. UNIDAD ONCOLÓGICA “VIRGEN DEL VALLE”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. JUNIO-DICIEMBRE 2023.
---------------	--

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Barrios Rivas, Hiranny Vanessa	CVLAC: 26.264.650 E MAIL: @gmail.com
Chaparro Sifontes, Luis Antonio	CVLAC: 27.113.970 E MAIL: @gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Estrés
Ansiedad
Depresión
Satisfacción Vital
Mastectomía
Oncología

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de cirugía	Oncología

RESUMEN (ABSTRACT):

Padecer cáncer de mama resulta un acontecimiento estresante que genera sufrimientos y cambios en la vida de las personas, cuando las mamas son invadidas por esta enfermedad, denota en muchas ocasiones su pérdida, produciendo estados emocionales negativos. **Objetivo general:** Determinar el estado emocional en pacientes post-mastectomía radical modificada tipo Madden, atendidas en la Unidad Oncológica “Virgen del Valle” ubicada en Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, durante el período junio-diciembre 2023. **Metodología:** Estudio no experimental, observacional y descriptivo, de corte transversal. Se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la escala DASS-21, además de una hoja adicional para recolectar información sociodemográfica básica. La población fue de 22 pacientes y la muestra estuvo conformada por 20 de ellos. **Resultados:** Predominaron mujeres con 50 - 59 años 50,0% (n=10), seguido de edades entre 60 - 69 años 25,0% (n=5), 45,0% (n=9) fue casada y solteras 40,0% (n=8), 70,0% (n=14) se dedicaba al hogar, el tiempo desde la operación en 35,0% (n=7) fue 4 – 6 meses y 25,0% (n=5) 7 – 9 meses, 25,0% (n=5) presentó depresión, 65,0% (n=13) tuvo ansiedad y 30,0% (n=6) presentó estrés; la satisfacción vital mostró que 45,0% (n=9) estuvo muy satisfecho y 35,0% (n=7) satisfecho con su vida. **Conclusión:** Se demostró una baja frecuencia de depresión, ansiedad y estrés y un grado de satisfacción con la vida alto, no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables clínico-epidemiológicas abordadas.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Dr. Edwin Velasquez	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	11.170.295			
	E_MAIL	eswdgq@yahoo.com			
	E_MAIL				
Dra. Liliana Muñoz	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	10.566.755			
	E_MAIL	lilianammr@yahoo.com			
	E_MAIL				
Dra. Jessica Acevedo	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	15.618.910			
	E_MAIL	jearacevedo@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	03 MES	19 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis estado emocional en pacientes post Mastectomía radical modificada tipo Madden Unidad oncológica virgen del valle Ciudad Bolívar Estado Bolívar Junio diciembre 2023	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Unidad Oncológica “Virgen Del Valle”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Cirugía

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO**

CU N° 0975

Cumáná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR <i>[Firma]</i>
FECHA <u>5/8/09</u> HORA <u>5:20</u>

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUNEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumáná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario “

AUTOR(ES)

Br. LUIS ANTONIO CHAPARRO SIFONTES
C.I. 27113970
AUTOR

Br. HIRANNY VANESSA BARRIOS RIVAS
C.I. 26264650
AUTOR

JURADOS

TUTOR: Prof. EDWIN VELASQUEZ
C.I.N. 11170295

EMAIL: esvd69@yahoo.com

JURADO Prof. JESSICA ACEVEDO
C.I.N. 15618910

EMAIL: JEsicaacevedo@gmail.com

JURADO Prof. LILIANA RAMÍREZ
C.I.N. 10566755

EMAIL: lilianaramirez@yahoo.es

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS • HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columba Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976